



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS PADA PASIEN DENGAN
CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DI RUANG
INTENSIVE CARE UNIT RUMAH SAKIT
STELLA MARIS MAKASSAR**

OLEH :

IRENI RISKIANTI NS2514901033

JEANE MARLEN MALAWAU NS2514901034

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2026**



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS PADA PASIEN DENGAN
CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DI RUANG
INTENSIVE CARE UNIT RUMAH SAKIT
STELLA MARIS MAKASSAR**

OLEH :

IRENI RISKIANTI NS2514901033

JEANE MARLEN MALAWAU NS2514901034

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2026**

PERNYATAAN ORSINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

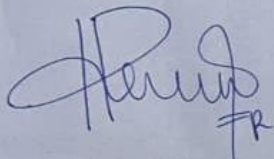
1. Ireni Riskianti (NS2514901033)
2. Jeane Marlen Malawau (NS2514901034)

Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini hasil karya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiblakan) dari hasil karya ilmiah orang lain

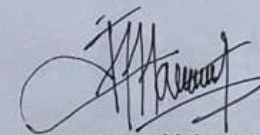
Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 27 Maret 2026

Yang menyatakan,



Ireni Riskianti



Jeane Marlen Malawau

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggung-jawabkan di depan penguji.

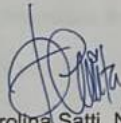
Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa / Nim : 1. Ireni Riskianti (NS2514901033)
2. Jeane Marlen Malawau (NS2514901034)

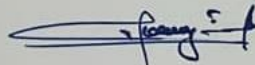
Disetujui oleh :

Pembimbing 1

Pembimbing 2



(Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep)
NIDN:0904078805



(Mery Solon, Ns., M.Kes)
NIDN :0910057502

Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama
STIK Stella Maris Makassar



Serlina Sandi, Ns., M.Kep., Ph.D
NIDN : 0913068201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh

Nama : 1. Ireni Riskianti (NS2514901033)
2. Jeane Marlen Malawau (NS2514901034)
Program Studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan keperawatan pada pasien dengan
Congestive Heart Failure (CHF) di Ruang *Intensive*
Care Unit Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Yunita Carolina Satti, Ns.,M.Kep

Pembimbing 2 : Mery Solon, Ns.,M.Kes

Penguji 1 : Fransiska Anita E.R.S., Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB.,Ph.D

Penguji 2 : Euis Dedeh Komariah, Ns.,MSN

Ditetapkan di : STIK Stella Maris Makassar

Tanggal : 27 Maret 2026

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar


Fransiska Anita E.R.S., Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB.,Ph.D
NIDN : 0913098201

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

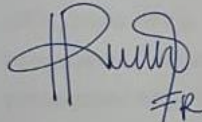
1. Ireni Riskianti (NS2514901033)
2. Jeane Marlen Malawau (NS2514901034)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Kepala STIK Stella Maris Makassar untuk menyimpan, menggalih informasi/ formatkan, merawat dan mempublikasikan Karya Ilmiah Akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

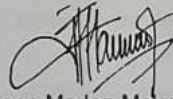
Demikian Surat Pernyataan ini kami buat dengan sebenar- benarnya.

Makassar, 27 Maret 2026

Yang menyatakan



Ireni Riskianti



Jeane Marlen Malawau

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan berkat serta penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul “Asuhan keperawatan pada pasien dengan Congestive Heart Failure (CHF) di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

Karya Ilmiah Akhir ini dibuat untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.

Dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini kami menyadari bahwa banyak mendapatkan bantuan, pengarahan, bimbingan serta doa dan motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. Fransiska Anita E.R.S., Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB.,Ph.D selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar dan sekaligus penguji 1 yang telah banyak memberikan masukan, pengetahuan serta motivasi untuk menyusun karya ilmiah akhir ini.
2. Serlina Sandi, Ns., M.Kep.,Ph.D selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan masukan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
3. Mery Solon, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana sekaligus pembimbing 2 yang telah memberikan masukan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
4. Nikodemus Sili Beda, Ns.,M.Kep selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni, dan Inovasi.
5. Yunita Gabriela Madu, Ns.,M.Kep selaku Ketua Unit Penjaminan Mutu.
6. Meyke Rosdiana, Ns.,M.Kep selaku Ketua Unit Penelitian dan Pengabdian kepada masyarakat.

7. Wirmando, Ns.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar dan pembimbing akademik yang selalu membimbing dan memberikan motivasi.
8. Fitriyanti Pattaru, Ns.,M.Kep selaku Sekretaris Program Studi Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan masukan dan motivasi.
9. Yunita Carolina Satti, Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing 1 yang dengan tulus dan penuh ketabahan memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
10. Euis Dedeh Komariah, Ns.,MSN selaku penguji 2 yang telah memberikan masukan dan pengarahan dalam menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
11. Segenap Dosen beserta Staf STIK Stella Maris yang telah membimbing dan membekali penulis berupa ilmu pengetahuan dibidang keperawatan selama mengikuti pendidikan.
12. Kepala bagian, pembimbing klinik (CI Lahan) dan para pegawai di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan pengarahan selama melaksanakan studi kasus.
13. Tn.R selaku penerima asuhan keperawatan dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dalam penerapan asuhan keperawatan.
14. Teristimewa untuk kedua orang tua tercinta dari penulis serta semua yang telah memberikan dukungan, motivasi, bantuan doa selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih jauh dari kesempurnaan. Penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun guna memperbaiki penulisan karya ilmiah akhir ini.

Makassar, Maret 2026

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	v
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
Halaman Daftar Gambar	xi
Halaman Daftar Lampiran	xii
Halaman Daftar Tabel	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	5
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus	5
C. Manfaat Penulisan	5
1. Bagi Pasien	5
2. Bagi Instansi Rumah Sakit	5
3. Bagi Penulis	5
4. Bagi Institusi pendidikan.....	6
D. Metode Penulisan	6
E. Sistematika Penulisan	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Medis	8
1. Pengertian	8
2. Anatomi dan Fisiologi	9
3. Etologi	13
4. Klasifikasi	15
5. Patofisiologi.....	16
6. Pathway.....	18
7. Manifestasi Klinis.....	22
8. Tes Diagnostik.....	23
9. Penatalaksanaan Medis	24
10. Komplikasi	27
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	24
1. Pengkajian.....	28
2. Diagnosis Keperawatan.....	32
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan.....	33
4. Perencanaan Pulang (Discharge Planing).....	41
BAB III PENGAMATAN KASUS	
A. Ilustrasi Kasus	43
B. Pengkajian.....	45
C. Analisa Data.....	63

D. Diagnosis Keperawatan (Diagnosis Primer).....	67
E. Intervensi Keperawatan.....	68
F. Implementasi Keperawatan	73
G. Evaluasi Keperawatan.....	112
H. Terapi Obat	120
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan	126
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i>	134
BAB V KESIMPULAN	
A. Simpulan	143
B. Saran.....	144
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Jantung.....	9
Gambar 2.2 Lapisan Jantung.....	9

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Standar Operasional Prosedur (SOP) Terapi Benson

Lampiran 2 : Lembar Konsul Karya Ilmiah Akhir

Lampiran 3 : Lembar Riwayat Hidup

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data.....	63
Tabel 3.2 Diagnosa Keperawatan.....	67
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan.....	68
Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan.....	73
Tabel 3.5 Evaluasi Keperawatan.....	111

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit kardiovaskuler merupakan salah satu penyebab kematian tertinggi pada manusia. Peningkatan angka morbiditas dan mortalitas akibat penyakit kardiovaskuler menimbulkan risiko yang besar serta menjadi beban berat bagi sistem pelayanan kesehatan di seluruh dunia. Salah satu bentuk penyakit kardiovaskular yang sering terjadi yaitu *Congestive Heart Failure* (CHF). Kondisi ini berkontribusi terhadap tingginya angka kematian dan lebih banyak dialami oleh laki-laki dibandingkan perempuan, terutama pada kelompok usia paruh baya hingga usia lanjut (Artha et al., 2026).

CHF merupakan salah satu kondisi kronis yang serius akibat gangguan struktural maupun fungsional jantung. Gangguan ini menyebabkan ketidakmampuan jantung dalam memompa darah secara efektif untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh, sehingga menimbulkan berbagai gejala klinis seperti sesak napas, kelelahan, dan retensi cairan. CHF termasuk dalam sindrom klinis kompleks yang menunjukkan adanya kegagalan sirkulasi darah, baik saat pasien melakukan aktivitas ringan maupun saat istirahat (Legha et al., 2023).

Menurut World Health Organization (2022), diperkirakan sekitar 17,9 juta kematian dengan penyebab penyakit kardiovaskular setiap tahunnya. Dari jumlah tersebut, 85% kematian disebabkan oleh serangan jantung dan stroke. Dari data kasus penyakit jantung terbaru sebanyak 21,2 juta dengan penderita laki-laki lebih tinggi dibandingkan perempuan. Berdasarkan data dari American Heart Association (2025), CHF menyumbang angka kematian tertinggi akibat penyakit jantung,

yaitu sebesar 17,3 juta setiap tahunnya dan diperkirakan akan terus meningkat hingga mencapai 23,3 juta pada tahun 2030.

Berdasarkan data Kemenkes RI (2023), bahwa prevalensi penyakit jantung dari data diagnosis dokter pada penduduk semua umur di Indonesia adalah sebesar 1,5% atau 1,01 juta penduduk. Hal tersebut berarti bahwa di antara 100 orang penduduk semua umur 1,5 nya menderita penyakit jantung. Provinsi Jawa Barat memiliki kasus CHF tertinggi di seluruh Indonesia (186.809 kasus), dengan provinsi Kalimantan Utara yang paling sedikit (2.733 kasus), dengan lebih banyak kasus jantung pada wanita (1,6%) daripada pria (1,3%).

Data Provinsi Sulawesi Selatan berdasarkan Data Survei Kesehatan Indonesia tahun 2022 menunjukkan prevalensi penyakit gagal jantung di Sulawesi Selatan mencapai 4.017 orang yang terdiagnosis dokter. Prevalensi tertinggi terjadi pada usia 65-74 yaitu 0,07% tahun 2018 dan mengalami peningkatan di tahun 2023 menjadi 3.57%. Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kota Makassar, didapatkan penderita *Congesive Heart Failure* (CHF) sebanyak 1,028 orang dari 2,050 orang (Agustina et al., 2025).

Pasien CHF membutuhkan perawatan intensif (ICU/ICCU) karena kondisi ini merupakan sindrom klinis kompleks di mana jantung tidak mampu memompa darah secara efektif, yang sering kali mengancam jiwa sehingga diperlukan pemantauan terus-menerus terhadap irama jantung, tekanan darah, dan kadar oksigen untuk merespons perubahan kondisi pasien secara langsung. CHF biasanya ditandai dengan nyeri dada, yaitu nyeri dada di bawah tulang dada, di belakang tulang dada, dan di jantung anterior. Adapun ciri-ciri nyeri, seperti tertekan, meremas, terbakar, merasa kenyang dalam beberapa menit. Nyeri bisa menyebar ke dagu, leher, bahu, punggung atau lengan. Nyeri juga bisa disertai

berkeringat, mual dan sesak nafas. Manajemen nyeri pada pasien dengan kasus penyakit kardiovaskuler dapat dikurangi dengan menggunakan teknik farmakologis dan nonfarmakologis. Salah satu teknik nonfarmakologis adalah intervensi keperawatan mandiri yang dilakukan oleh perawat yaitu mengajarkan pasien tentang distraksi dan relaksasi. Intervensi keperawatan yang berguna dalam mengurangi nyeri dada pada pasien dengan CHF adalah relaksasi Benson (Jaya, 2023).

Relaksasi Benson adalah salah satu pengembangan dari metode relaksasi nafas dengan menambahkan faktor berupa keyakinan yang dianut pasien. Keyakinan tersebut akan menimbulkan rasa aman di lingkungan internal sehingga pasien dapat mencapai kondisi kesehatan yang lebih baik. Teknik ini mengombinasikan pernapasan ritmis dengan fokus repetisi kata atau frasa tertentu yang menenangkan sehingga mampu menurunkan aktivasi sistem saraf simpati. Keunggulan relaksasi Benson adalah tidak memerlukan gerakan fisik, tidak menimbulkan ketegangan otot, serta mudah diajarkan dan diterapkan pada pasien dengan keterbatasan mobilitas seperti pasien CHF yang berada dalam kondisi tidak stabil. Teknik relaksasi pernafasan dibandingkan dengan latihan yang lain memiliki kelebihan diantaranya adalah lebih mudah dipraktikkan dalam segala kondisi dan tidak ada efek samping yang ditimbulkan. Teknik relaksasi juga mampu mengurangi biaya pengobatan, dan mampu mencegah terjadinya stress. Respons relaksasi yang dihasilkan berpotensi menurunkan persepsi nyeri, memperbaiki respirasi, serta menurunkan tekanan darah dan denyut jantung (Hasma et al., 2025).

Penelitian yang dilakukan oleh Agustina et al. (2025) bahwa relaksasi Benson terbukti efektif menurunkan nyeri dada pasien penyakit jantung. Penelitian Jaya (2023) juga menemukan bahwa

relaksasi Benson terbukti berpengaruh terhadap penurunan nyeri dada pasien Acute Coronary Syndrome. Penelitian yang dilakukan oleh Legha et al. (2023) juga membuktikan bahwa pemberian terapi relaksasi Benson terbukti efektif terpadu perubahan skor nyeri dada pada pasien jantung koroner.

Berdasarkan peningkatan kasus CHF dan permasalahan yang dialami pasien maka perlu mendapat perhatian yang serius karena angka kematian yang cukup tinggi maka perawat mempunyai peranan yang penting dalam memberikan asuhan keperawatan secara kompherensif dan professional. Dengan melihat hal tersebut maka penulis sangat tertarik mengambil kasus ini untuk menerapkan asuhan keperawatan serta membahas kasus ini dalam bentuk karya ilmiah akhir dengan judul " Asuhan keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Stella Maris Makassar".

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk memperoleh pengalaman khusus dalam memberikan asuhan keperawatan kritis pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian kritis pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan kritis kepada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).
- c. Menetapkan rencana keperawatan kritis pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan kritis dan *Evidence Based Nursing* pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan kritis pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF).

C. Manfaat Penelitian

1. Bagi Pasien

Dapat menambah wawasan mengenai penyakit serta penanganan pasien *Congestive Heart Failure* khususnya upaya pencegahan terjadinya.

2. Bagi Instansi Rumah sakit

Karya ilmiah ini dapat dijadikan sebagai bahan informasi khususnya perawat dalam memberikan pelayanan yang lebih komperensif pada pasien dengan *Congestive Heart Failure*.

3. Bagi Penulis

Menambah pengetahuan dan pengalaman luas mengenai *Congestive Heart Failure* akut terutama dalam penerapan EBN

yaitu pemberian terapi benson untuk mengurangi tingkat nyeri pada pasien CHF.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat dimanfaatkan sebagai referensi informasi bagi mahasiswa/i untuk meningkatkan pengetahuan, khususnya terkait penerapan EBN dalam penatalaksanaan pasien dengan *Congestive Heart Failure*.

D. Metode Penulisan

Metode yang digunakan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini meliputi:

1. Studi Kepustakaan

Menggunakan berbagai literatur sebagai landasan teori dalam penyusunan karya ilmiah mengenai *Congestive Heart Failure*.

2. Studi Kasus

Pendekatan yang digunakan adalah proses keperawatan secara komprehensif, meliputi pengkajian, analisis data, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan intervensi, implementasi, serta evaluasi.

Dalam pengumpulan data dilakukan melalui:

- a. Observasi, yaitu mengamati secara langsung kondisi pasien selama masa perawatan.
- b. Wawancara, dengan keluarga dan pihak-pihak yang terlibat dalam perawatan pasien.
- c. Pemeriksaan fisik, meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.
- d. Diskusi, dengan pembimbing akademik, perawat ruangan, dokter, serta rekan mahasiswa.
- e. Dokumentasi, yaitu pencatatan seluruh tindakan keperawatan dan hasil pemeriksaan diagnostik pasien.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan ini disusun dalam lima bab antara lain: Bab I pendahuluan dalam bab ini menguraikan tentang latar belakang, tujuan penulisan yang terbagi menjadi dua yaitu tujuan umum dan tujuan khusus, manfaat penulisan secara khusus bagi instansi pendidikan, profesi keperawatan dan institusi pendidikan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Bab II tinjauan Pustaka pada bab ini menguraikan tentang konsep-konsep atau teori yang mendasari penulisan karya ilmiah ini yaitu konsep dasar medik yang meliputi definisi, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi dan patoflowdiagram, manifestasi klinik, tes diagnostik, penatalaksanaan medik serta komplikasi yang dapat terjadi. Konsep dasar keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan sesuai SLKI dan perencanaan pulang (*discharge planning*). Bab III pengamatan kasus pada bab ini menguraikan tentang ilustrasi kasus, pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, serta evaluasi keperawatan. Bab IV pembahasan kasus pada bab ini menguraikan tentang laporan hasil ilmiah yang meliputi kesenjangan antara teori dan praktek keperawatan, serta pembahasan penerapan EBN pada tindakan 6 keperawatan. Bab V simpulan dan saran pada bab ini membahas tentang kesimpulan dan saran sebagai masukan yang dapat bermanfaat bagi dunia keperawatan, khususnya bagi perawatan *pasien Congestive Heart Failure*.

BAB II

TINJUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

Congestive Heart Failure (CHF) adalah suatu kondisi dimana jantung gagal memompa darah ke seluruh tubuh, sehingga jantung berusaha lebih keras dalam memompa darah untuk memenuhi kebutuhannya (Febyastuti et al., 2024).

CHF adalah kondisi ketika jantung tidak mampu memompa darah dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Gangguan yang menurunkan kemampuan kontraksi miokardium maupun fungsi ventrikel, termasuk disfungsi diastolik, dapat memicu terjadinya gagal jantung atau disfungsi sistolik (Hidayatsyah et al., 2024)

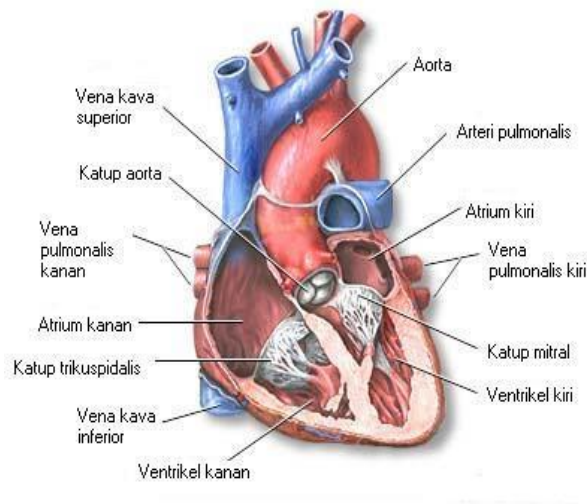
CHF kondisi dimana kemampuan jantung berkurang untuk memompa atau mengisi darah atau curah jantung tidak memadai disebabkan oleh kelainan struktural atau fungsional sehingga suplai darah ke tubuh terganggu (Rosidha et al., 2026).

Berdasarkan beberapa definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa CHF merupakan kondisi ketika jantung mengalami gangguan struktural atau fungsional sehingga tidak mampu memompa atau mengisi darah secara optimal. Hal ini menyebabkan curah jantung tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh. Kondisi tersebut umumnya terjadi akibat penurunan kemampuan kontraksi otot jantung (disfungsi sistolik) maupun gangguan relaksasi ventrikel (disfungsi diastolik), sehingga suplai darah ke seluruh tubuh menjadi tidak adekuat.

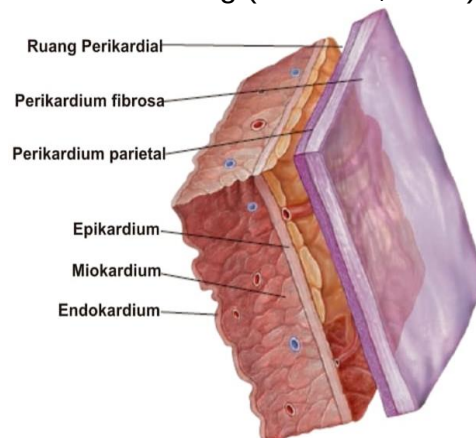
2. Anatomi fisiologi jantung

Anatomi dan fisiologi jantung dijelaskan oleh Menurut Santram (2023) adalah sebagai berikut :

a. Anatomi Jantung



Gambar 2.1
Anatomi Jantung (Santram, 2023).



Gambar 2.2
Lapisan Jantung (Octaviani et al., 2025)

1) Ruang jantung

a) Ventrikel Kiri

Ventrikel kiri adalah ruang utama jantung yang memompa darah kaya oksigen ke seluruh tubuh melalui aorta. ventrikel kiri sering mengalami disfungsi sistolik, di mana kontraksi otot jantung lemah sehingga curah jantung menurun, atau

disfungsi diastolik, di mana ventrikel menjadi kaku sehingga pengisian darah pada fase relaksasi terganggu. Akibatnya Penurunan kemampuan ventrikel kiri memicu penumpukan darah di atrium kiri dan paru-paru, menyebabkan edema paru, sesak napas, orthopnea, dan paroksismal nocturnal dyspnea.

b) Ventrikel Kanan

Ventrikel kanan bertanggung jawab memompa darah ke paru-paru untuk oksigenasi. Kegagalan ventrikel kiri kronis sering menyebabkan peningkatan tekanan di sirkulasi pulmoner (pulmonary hypertension), yang kemudian membebani ventrikel kanan. Akibatnya Tekanan tinggi di ventrikel kanan menyebabkan retensi cairan sistemik, terlihat sebagai edema kaki, perut (ascites), dan pembesaran hati.

c) Atrium Kiri

Atrium kiri menerima darah dari paru-paru melalui vena pulmonalis. Jika ventrikel kiri gagal memompa darah dengan efektif, atri kiri mengalami peningkatan tekanan. Akibatnya Peningkatan tekanan di atri kiri diteruskan ke vena pulmonalis dan menyebabkan edema paru. Atri kiri yang membesar juga meningkatkan risiko fibrilasi atrium, yang dapat memperburuk curah jantung.

d) Atrium kanan

Atrium kanan menerima darah dari sirkulasi sistemik (vena cava superior dan inferior). Tekanan yang meningkat pada ventrikel kanan akan diteruskan ke atrium kanan, sehingga Menyebabkan distensi vena jugularis, pembesaran hati, ascites, dan edema perifer. Atrium kanan yang membesar juga menurunkan efisiensi pengisian ventrikel kanan.

e) Katup Jantung

- (1) Katup Mitral: Terletak antara atrium kiri dan ventrikel kiri. Pada ventrikel kiri yang dilatasi, katup ini bisa gagal menutup sempurna ke regurgitasi mitral, meningkatkan tekanan atri kiri dan paru-paru.
- (2) Katup Trikuspid: Terletak antara atri kanan dan ventrikel kanan. Regurgitasi trikuspid terjadi ketika ventrikel kanan mengalami dilatasi, menambah tekanan atri kanan dan edema perifer.

2) Lapisan jantung

a) Lapisan luar/ Pericardium

Lapisan ini berfungsi sebagai pelindung jantung atau merupakan katong pembungkus jantung yang terletak di mediastinum minus dan di belakang korpus sterni dan rawan iga II-IV yang terdiri dari 2 lapisan fibrosa dan serosa yaitu lapisan parietal dan viseral. Diantara dua lapisan jantung ini terdapat lendir sebagai pelicin untuk menjaga agar gesekan pericardium tidak mengganggu jantung.

b) Epikardium

Epikardium adalah lapisan luar jantung. Sebenarnya ini adalah lapisan viseral dari perikardium serosa, yang melekat pada miokardium jantung. Saraf dan pembuluh darah yang memasok jantung ditemukan di epikardium. Dipangkal pembuluh darah besar, epikardium melengkung ke belakang dan berlanjut sebagai perikardium, membentuk kantung perikardial tertutup berisi cairan perikardial serosa yang mencegah gesekan selama kontraksi jantung.

c) Lapisan tengah/ Miokardium

Lapisan ini berisi otot jantung yang tebal menerima darah dari arteri koronaria. Lapisan ini bertanggung jawab untuk kontraksi jantung yang memompa darah ke seluruh tubuh.

Miokardium merupakan lapisan tertebal, terutama ventrikel kiri.

d) Lapisan dalam/ Endokardium

Lapisan ini merupakan dinding dalam atrium yang diliputi oleh membrane yang mengilat yang terdiri dari jaringan endotel atau selaput lendir endokardium kecuali aurikula dan bagian depan sinus vena kava.

b. Fisiologi Jantung

Secara fisiologis, jantung berfungsi sebagai pompa yang mengedarkan darah kaya oksigen dan nutrisi ke seluruh tubuh. Jantung kanan berperan dalam sirkulasi pulmonal, yaitu membawa darah ke paru-paru untuk pertukaran gas, sedangkan jantung kiri berfungsi dalam sirkulasi sistemik yang mendistribusikan darah beroksigen ke seluruh jaringan tubuh. Aliran darah dimulai dari vena cava superior dan inferior yang membawa darah ke atrium kanan. Darah kemudian mengalir melalui katup trikuspidalis ke ventrikel kanan dan dipompa melalui katup pulmonal ke paru-paru. Setelah mengalami oksigenasi, darah kembali ke atrium kiri melalui vena pulmonalis, lalu melalui katup mitral menuju ventrikel kiri. Selanjutnya, darah dipompa ke aorta dan didistribusikan melalui arteri, arteriol, hingga kapiler untuk proses pertukaran zat. Proses ini berlangsung secara terus-menerus dan terkoordinasi untuk mempertahankan perfusi jaringan dan homeostasis tubuh (Santram, 2023).

3. Etiologi

Menurut Putri et al. (2026), terdapat berbagai kondisi atau penyakit yang dapat menyebabkan terjadinya CHF. Penyebab tersebut dapat dibagi menjadi dua kelompok, yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

a. Faktor predisposisi

1) Usia > 60 tahun

2) Proses penuaan dapat memengaruhi fungsi baroreseptor yang berperan dalam pengaturan tekanan darah pada pembuluh darah serta menurunkan elastisitas arteri jantung. Ketika arteri menjadi lebih kaku, tekanan di dalam pembuluh darah meningkat sehingga kontraktilitas otot jantung menurun.

3) Jenis kelamin

Pada perempuan yang telah memasuki masa menopause terjadi penurunan hormon estrogen. Penurunan hormon ini dapat mengganggu proses metabolisme di hati sehingga kadar *Low Density Lipoprotein* (LDL) meningkat. Peningkatan LDL dapat membentuk plak pada arteri jantung yang menyebabkan perubahan aliran darah koroner dan mengakibatkan fungsi pompa jantung menjadi tidak optimal.

4) Penyakit jantung bawaan

Beberapa bayi dilahirkan dengan kelainan pada struktur jantung, seperti sekat jantung atau katup yang tidak terbentuk secara sempurna. Kondisi ini membuat bagian jantung yang sehat harus bekerja lebih keras untuk memompa darah, sehingga meningkatkan beban kerja jantung dan berpotensi menyebabkan gagal jantung.

b. Faktor presipitasi

1) Kebiasaan merokok

Zat nikotin dan karbon monoksida yang terkandung dalam rokok dapat masuk ke dalam tubuh dan menurunkan kadar oksigen dalam darah. Hal ini dapat meningkatkan tekanan darah serta menghambat suplai oksigen ke jantung, sehingga fungsi jantung terganggu dan dapat berujung pada kegagalan jantung dalam memompa darah.

2) Diabetes mellitus

Kadar gula darah yang tinggi dan tidak terkontrol dapat mengganggu aliran darah pada pembuluh koroner. Akibatnya, otot jantung tidak mendapatkan asupan nutrisi dan oksigen yang cukup sehingga dapat memengaruhi kemampuan kontraksi jantung.

3) Obesitas

Penumpukan lemak dalam tubuh yang beredar dalam darah, terutama kolesterol jahat atau LDL, dapat menempel pada dinding arteri dan membentuk plak. Kondisi ini menyebabkan arteri menjadi kaku dan mengganggu aliran darah koroner sehingga kinerja pompa jantung menjadi tidak optimal.

4) Hipertensi sistemik atau pulmonal

Tekanan darah yang tinggi dapat meningkatkan afterload sehingga jantung harus bekerja lebih keras. Hal ini dapat menyebabkan hipertrofi pada serabut otot jantung. Walaupun awalnya merupakan mekanisme kompensasi untuk meningkatkan kontraktilitas, dalam jangka panjang otot jantung tidak dapat berfungsi secara normal dan akhirnya dapat menyebabkan gagal jantung.

5) Kelainan atau kerusakan otot jantung (Kardiomiopati)

Kelainan atau kerusakan pada otot jantung dapat

mengganggu fungsi utama jantung dalam memompa darah ke seluruh tubuh.

6) Hipertiroidisme

Peningkatan kadar hormon tiroid dalam darah dapat mempercepat denyut jantung sehingga jantung bekerja lebih berat. Kondisi ini dapat menimbulkan aritmia yang membuat kerja jantung menjadi tidak efektif. Jika berlangsung lama, hal ini dapat menyebabkan perubahan struktur jantung yang akhirnya menimbulkan gagal jantung.

4. Klasifikasi

Menurut Akbar et al. (2026) klasifikasi *Congestive Heart Failure* (CHF) dapat dibedakan berdasarkan kelainan struktural jantung dan kapasitas fungsional menurut New York Heart Association (NYHA).

a. Berdasarkan kapasitas fungsional New York Heart Association (NYHA)

1) Kelas I

Tidak terdapat keterbatasan dalam melakukan aktivitas fisik. Aktivitas sehari-hari tidak menimbulkan kelelahan, palpitasi, ataupun sesak napas.

2) Kelas II

Terdapat sedikit keterbatasan dalam aktivitas fisik. Saat istirahat tidak terdapat keluhan, tetapi aktivitas sehari-hari dapat menimbulkan kelelahan, palpitasi, atau sesak napas.

3) Kelas III

Terdapat keterbatasan aktivitas yang cukup signifikan. Pasien tidak mengalami keluhan saat istirahat, namun aktivitas fisik ringan sudah dapat menyebabkan kelelahan, palpitasi, atau sesak napas.

4) Kelas IV

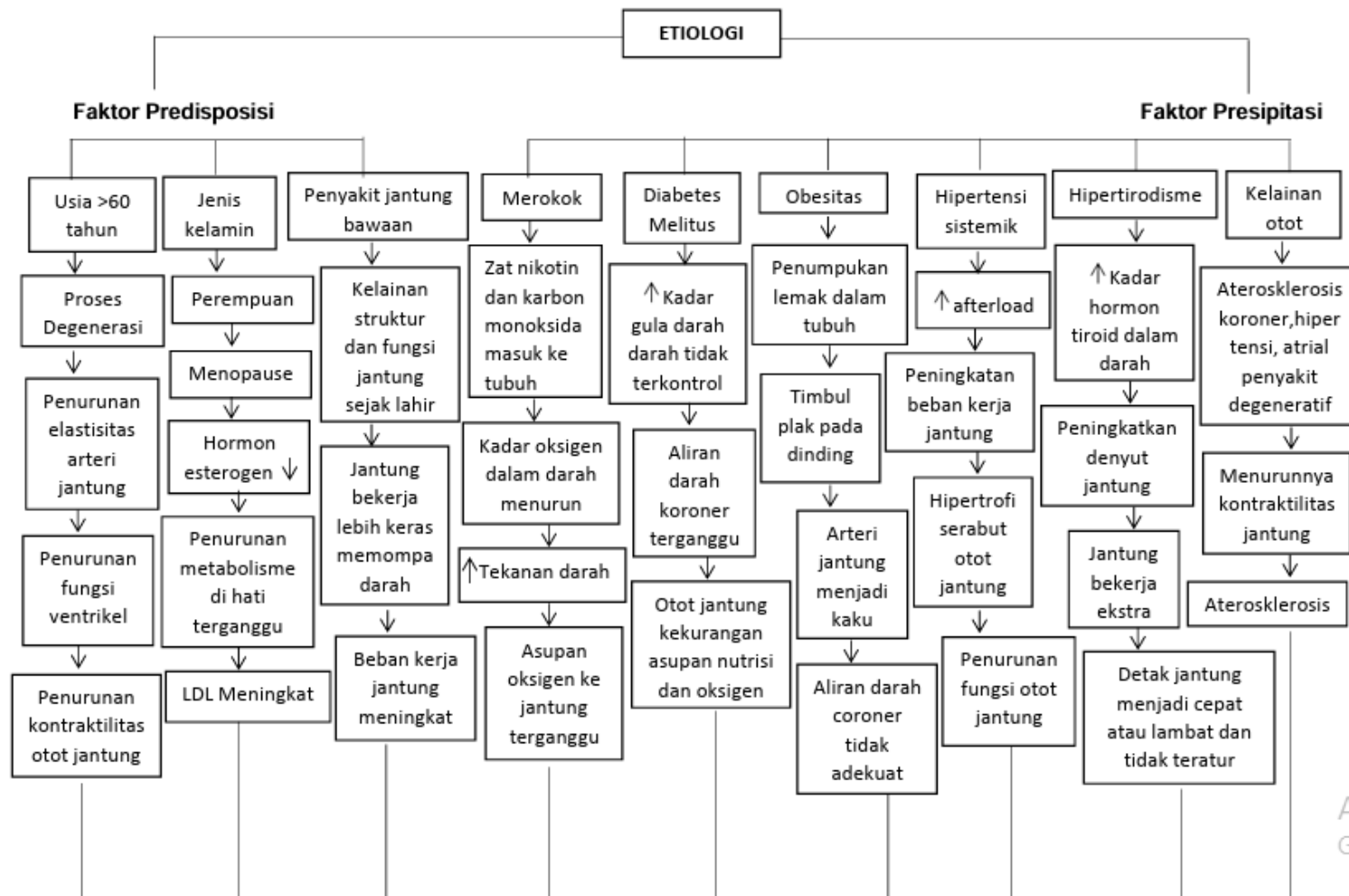
Pasien tidak mampu melakukan aktivitas fisik tanpa menimbulkan keluhan. Gejala dapat muncul bahkan saat istirahat dan akan semakin berat ketika melakukan aktivitas.

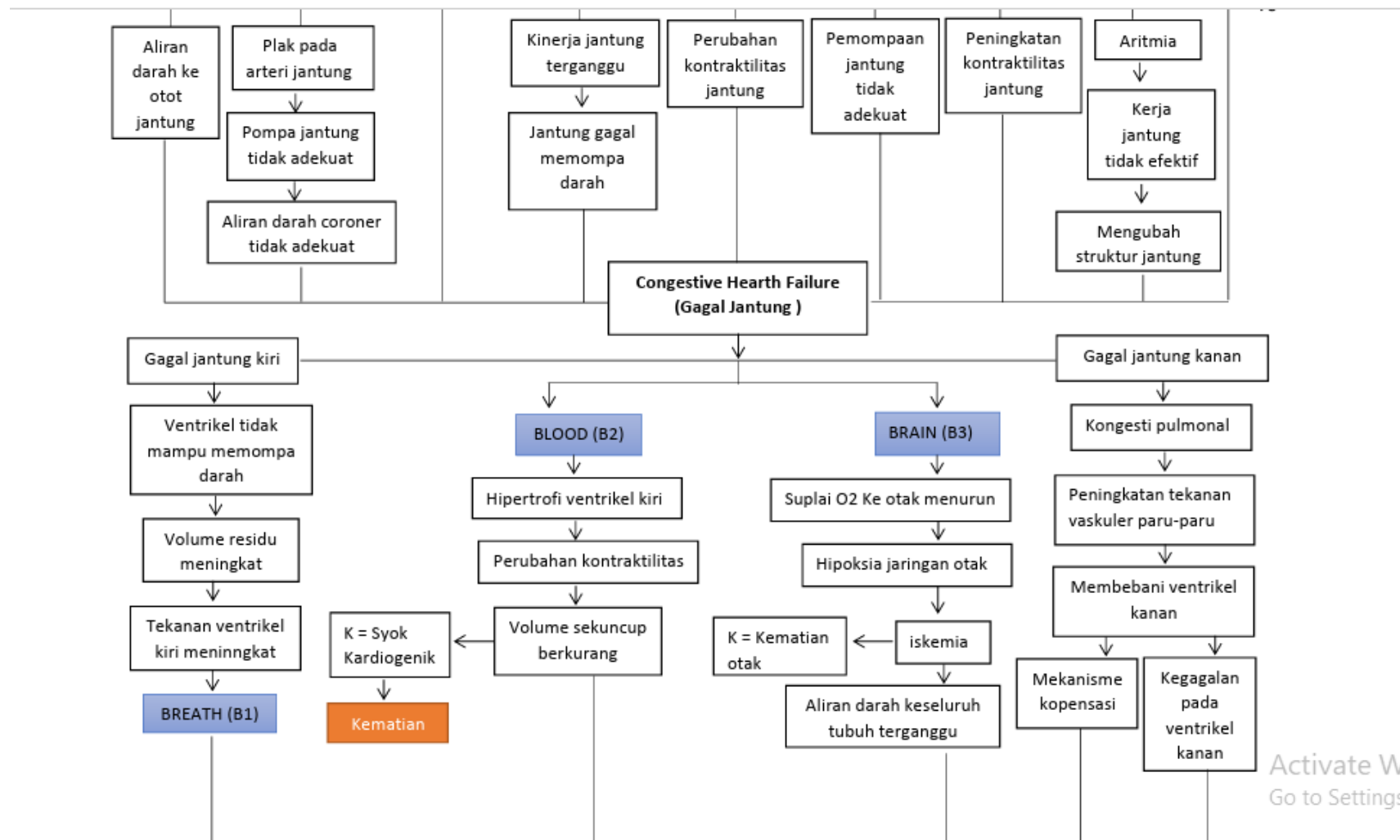
5. Patofisiologi

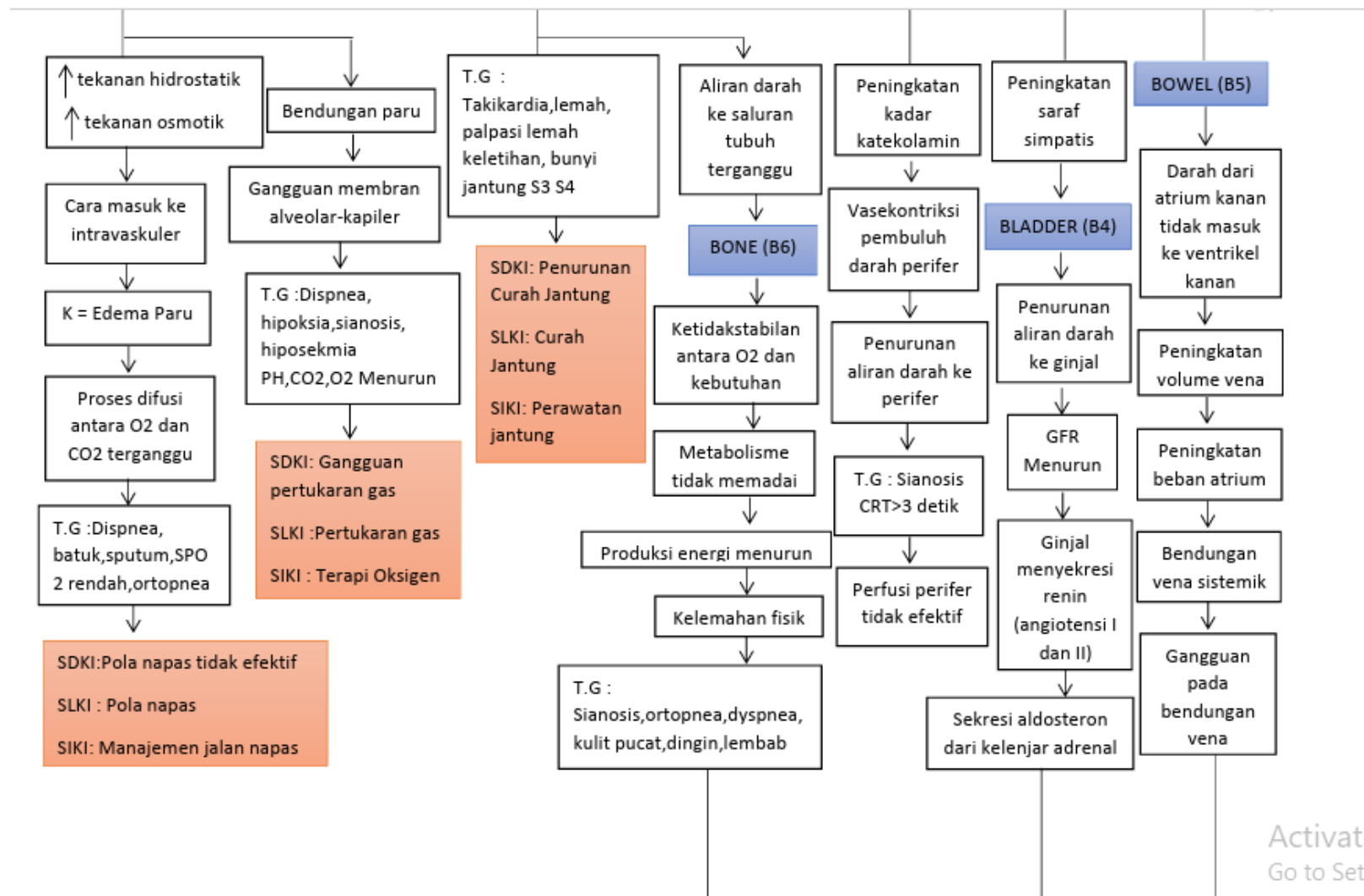
Berdasarkan teori menurut Darmawan (2022), mekanisme yang mendasari CHF meliputi gangguan kemampuan kontraksi jantung, yang menyebabkan curah jantung lebih rendah dari curah jantung normal. bila cadangan jantung untuk berespon terhadap stress tidak adekuat dalam memenuhi kebutuhan metabolik tubuh, maka jantung gagal untuk melakukan tugasnya sebagai pompa, akibatnya terjadilah gagal jantung. Kelainan fungsi otot jantung disebabkan oleh aterosklerosis coroner, hipertensi arterial dan penyakit otot degenerative atau inflamasi. Aterosklerosis coroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggunya aliran darah ke otot jantung, terjadi hipoksia dan asidosis. Infark miokardium biasanya mendahului terjadinya gagal jantung. Hipertensi sistemik/pulmonal meningkatkan beban kerja jantung yang mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung. efek tersebut dapat dianggap sebagai mekanisme kompensasi karena akan meningkatkan kontraktilitas jantung, tetapi untuk alasan tidak jelas hipertrofi otot jantung jadi tidak dapat berfungsi secara normal, dan akhirnya terjadi gagal jantung. Peradangan dan penyakit miokardium berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun. Ventrikel kanan dan kiri dapat mengalami kegagalan secara terpisah. Gagal ventrikel kiri paling sering mendahului gagal ventrikel kanan. Gagal ventrikel kiri murni sinonim dengan edema paru akut, karena curah ventrikel

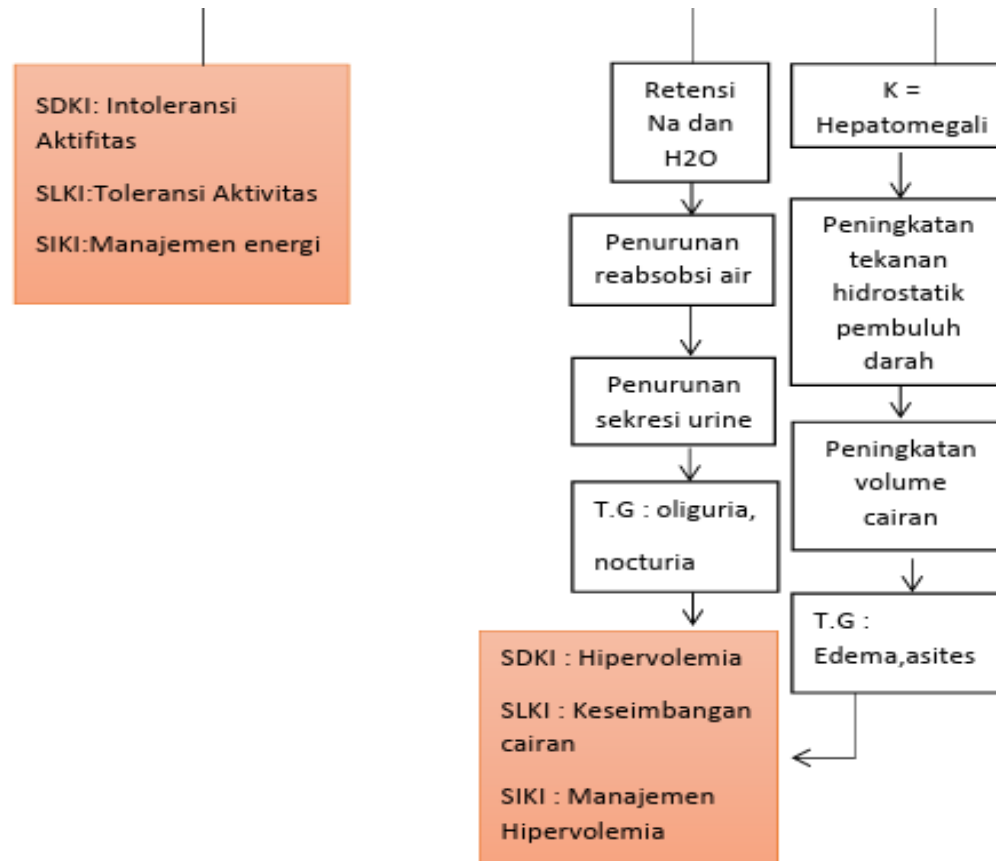
berpasangan atau sinkron maka kegagalan salah satu ventrikel dapat mengakibatkan penurunan perfusi jaringan. CHF dapat dimulai dari sisi kiri atau kanan jantung, sebagai contoh hipertensi sistemik yang kronis akan menyebabkan ventrikel kiri mengalami hipertrofi dan melemah. Letak suatu infark miokardium menentukan sisi jantung yang pertama kali terkena setelah terjadi serangan jantung, karena ventrikel kiri yang melemah akan menyebabkan darah kembali ke atrium, lalu ke sirkulasi paru, ventrikel kanan dan atrium kanan, maka jelaslah bahwa gagal jantung kiri akan menyebabkan gagal jantung kanan. Pada kenyataannya, penyebab utama gagal jantung kanan adalah gagal jantung kiri, karena tidak dipompa secara optimum keluar dari sisi kanan jantung maka darah mulai terkumpul di sistem vena perifer. Akibatnya, volume darah yang beredar semakin menurun, tekanan darah ikut turun, dan siklus gagal jantung semakin memburuk.

Pathway Congestive Heart Failure (CHF)









6. Manifestasi klinis

Adapun manifestasi klinis dari *Congestive Heart Failure* (CHF) yang dikemukakan oleh Putri et al. (2026) yakni sebagai berikut :

a. Gagal jantung kiri

- 1) Kongesti pulmonal. Berupa *dyspnea*, batuk, saturasi oksigen yang rendah, adanya bunyi jantung tambahan bunyi jantung S3 atau *gallop* ventrikel bisa di deteksi melalui auskultasi.
- 2) *Dyspnea* saat beraktivitas, *Ortopnea*, *Dyspnea Nocturnal Paroksimal* (PND)
- 3) Batuk kering dan tidak berdahak diawal, lama kelamaan dapat berubah menjadi batu berdahak
- 4) Sputum berbusa, banyak dan berwarna pink (berdarah)
- 5) Perfusi jaringan yang tidak memadai hingga terjadi sianosis, kulit pucat atau dingin dan lembab
- 6) Oliguria (penurunan urin) dan *Nocturia* (sering berkemih di malam hari)
- 7) Takikardia, lemah, pulsasi lemah, keletihan
- 8) Kegelisahan dan kecemasan

b. Gagal jantung kanan

1. Edema ekstremitas bawah. Biasanya edema pitting dan penambahan berat badan
2. Distensi vena jugularis dan asites
3. Hepatomegaly dan nyeri tekan pada kuadran kanan atas abdomen terjadi akibat pembesaran vena hepar
4. Anoreksia, mual dan muntah yang terjadi akibat pembesaran vena dan statis vena dalam rongga abdomen
5. Kelemahan

7. Tes diagnostik

Pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan menurut Amirah et al. (2026) antara lain sebagai berikut:

a. Elektrokardiogram (EKG)

Pemeriksaan EKG digunakan untuk menilai frekuensi serta keteraturan denyut jantung. Selain itu, pemeriksaan ini dapat membantu mendeteksi adanya hipertrofi atrium maupun ventrikel, deviasi aksis jantung, tanda-tanda iskemia, serta kerusakan jaringan jantung. Gangguan irama jantung seperti takikardia dan fibrilasi atrium juga dapat teridentifikasi melalui pemeriksaan ini. Peningkatan segmen ST atau gelombang T yang menetap hingga enam minggu atau lebih setelah infark miokard dapat mengindikasikan adanya aneurisma ventrikel.

b. Echocardiografi

Echocardiografi merupakan pemeriksaan yang menggunakan gelombang suara untuk menilai ukuran dan bentuk jantung, serta mengevaluasi kondisi ruang jantung dan fungsi katup jantung. Pemeriksaan ini sangat penting dalam membantu menegakkan diagnosis gagal jantung.

c. Foto rontgen dada

Pemeriksaan rontgen dada dilakukan untuk mengetahui adanya pembesaran jantung (kardiomegali), penumpukan cairan di paru-paru, serta mendeteksi kemungkinan penyakit paru lain yang menyertai.

d. Tes darah BNP (*B-type Natriuretic Peptide*)

Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengukur kadar hormon BNP di dalam darah. Pada pasien dengan gagal jantung, kadar hormon BNP biasanya meningkat sehingga dapat membantu dalam menegakkan diagnosis.

e. Sonogram

Pemeriksaan sonogram dapat menunjukkan adanya pembesaran pada bilik jantung, perubahan pada struktur atau fungsi katup jantung, serta area dengan penurunan kontraktilitas ventrikel. Pemindaian jantung (cardiac scan) Pemeriksaan ini dilakukan dengan menyuntikkan zat tertentu untuk menilai fraksi ejeksi serta mengevaluasi pergerakan dinding jantung.

f. Kateterisasi jantung

Kateterisasi jantung dilakukan untuk menilai tekanan di dalam ruang jantung. Tekanan yang abnormal dapat membantu membedakan gagal jantung sisi kanan dan sisi kiri, serta mengidentifikasi adanya stenosis atau insufisiensi katup. Selain itu, prosedur ini juga dapat digunakan untuk mengevaluasi kondisi arteri koroner. Pada pemeriksaan ini, zat kontras disuntikkan ke dalam ventrikel sehingga dapat memperlihatkan ukuran ventrikel yang abnormal, fraksi ejeksi, serta perubahan kontraktilitas jantung.

8. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan CHF meliputi terapi farmakologis dan nonfarmakologis yang bertujuan untuk memperbaiki fungsi jantung serta mengurangi beban kerja jantung.

a. Terapi Farmakologis

Terapi farmakologis bertujuan untuk menurunkan preload dan afterload sehingga kerja jantung menjadi lebih ringan.

1) Obat line pertama (*first line drugs*): Diuretik

Diuretik digunakan untuk mengurangi preload dan memperbaiki disfungsi sistolik serta mengurangi kongesti paru pada disfungsi diastolik. Beberapa jenis diuretik yang

digunakan antara lain: Thiazide diuretics, biasanya diberikan pada CHF derajat ringan hingga sedang. Loop diuretik, digunakan untuk meningkatkan pengeluaran cairan tubuh. Metolazone, sering dikombinasikan dengan loop diuretik untuk meningkatkan efek diuresis. Kalium-sparing diuretik, yang membantu mempertahankan kadar kalium dalam tubuh.

2) Obat line kedua (*second line drugs*): ACE Inhibitor

Penggunaan obat ini bertujuan untuk meningkatkan curah jantung (cardiac output) serta menurunkan beban kerja jantung. Beberapa obat yang digunakan antara lain:

3) Digoxin berfungsi meningkatkan kontraktilitas otot jantung. Namun, obat ini tidak dianjurkan pada gagal jantung dengan disfungsi diastolik karena kondisi tersebut membutuhkan relaksasi ventrikel yang baik.

4) Hydralazine

Obat ini bekerja dengan menurunkan afterload, sehingga membantu memperbaiki fungsi jantung pada disfungsi sistolik.

5) Isosorbide dinitrate

Obat ini berfungsi menurunkan preload dan afterload, sehingga membantu memperbaiki fungsi jantung pada disfungsi sistolik.

6) Calcium channel blocker

Digunakan pada gagal jantung dengan disfungsi diastolik karena dapat meningkatkan relaksasi dan pengisian ventrikel. Namun, penggunaannya tidak dianjurkan pada CHF kronis.

7) Beta blocker

Penggunaan obat ini pada beberapa kondisi dapat dikontraindikasikan karena dapat menekan respons

miokard. Namun, pada disfungsi diastolik obat ini bermanfaat untuk menurunkan frekuensi denyut jantung, mencegah iskemia miokard, menurunkan tekanan darah, serta mengurangi hipertrofi ventrikel kiri.

b. Terapi Nonfarmakologis

1) CHF Kronis

- a) Meningkatkan oksigenasi melalui pemberian oksigen serta mengurangi kebutuhan oksigen dengan istirahat atau pembatasan aktivitas.
- b) Mengatur diet dengan pembatasan natrium (<4 gram/hari) untuk mengurangi retensi cairan dan edema.
- c) Menghentikan penggunaan obat yang dapat memperburuk kondisi, seperti NSAIDs (Non Steroidal Anti-Inflammatory Drugs), karena dapat menyebabkan retensi natrium dan cairan melalui efek pada ginjal.
- d) Melakukan pembatasan asupan cairan sekitar 1200–1500 ml per hari. Melakukan aktivitas fisik atau olahraga secara teratur sesuai toleransi pasien.

2) CHF Akut

- a) Pemberian oksigenasi, termasuk ventilasi mekanik jika diperlukan.
- b) Pembatasan cairan kurang dari 1,5 liter per hari.
- c) Mengatur posisi pasien dalam posisi *semi-fowler* ($\pm 45^\circ$). Pemberian posisi *semi-fowler* bertujuan untuk meningkatkan suplai oksigen, memaksimalkan ekspansi paru, serta membantu mengatasi gangguan pertukaran gas yang berhubungan dengan perubahan pada membran kapiler alveolus.

9. Komplikasi

a. Syok kardiogenik

Syok kardiogenik dapat terjadi akibat serangan jantung yang berat. Kondisi ini terjadi ketika suplai darah yang kaya oksigen ke otot jantung menurun sehingga menyebabkan kerusakan pada jaringan jantung. Kerusakan tersebut mengakibatkan kemampuan jantung dalam memompa darah menurun secara drastis sehingga memicu terjadinya syok kardiogenik.

b. Efusi perikardium dan tamponade perikardium

Kondisi ini terjadi akibat penumpukan cairan di ruang perikardium yang dapat menekan jantung dan menghambat fungsi pemompaan jantung.

c. Edema paru

Edema paru terjadi akibat peningkatan tekanan pada pembuluh darah paru sehingga cairan merembes ke jaringan interstisial dan alveoli paru. Mekanismenya mirip dengan edema yang terjadi pada bagian tubuh lainnya, yaitu ketika tekanan cairan meningkat dari kondisi normal menjadi positif sehingga terjadi penumpukan cairan di paru-paru.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Menurut Simanjuntak et al. (2022) pada pengkajian keperawatan kritis pasien CHF didapatkan :

a. Pengkajian Primer :

1) B1 (*Breathing*)

Pengkajian yang didapatkan dengan adanya tanda kongesti vascular pulmonal adalah dyspnea, ortopnea, batuk, dan edema pulmonal akut. Cracles atau ronchi basah halus secara umum terdengar pada dasar posterior paru. Hal ini dikendali sebagai bukti gagal ventrikel kiri. Sebelum cracles dianggap sebagai kegagalan pompa, klien harus diinstruksikan untuk batuk guna membuka alveoli basialis yang mungkin dikompresi dibawah diafragma.

2) B2 (*Blood*)

a) Inspeksi

Pasien dapat mengeluh lemah, mudah lelah, dan apatis. gejala ini merupakan tanda dari penurunan curah jantung. Selain itu sulit berkonsentrasi, defisit memor, dan penurunan toleransi latihan tanda dari penurunan curah jantung. Pada inspeksi juga ditemukan distensi vena jugularis akibat kegagalan ventrikel kanan dalam memompa darah dan tanda yang terakhir adalah edema tungkai dan terlihat pitting edema.

b) Palpasi

Adanya perubahan nadi, dapat terjadi takikardi yang mencerminkan respon terhadap perangsangan saraf simpatis. Penurunan yang bermakna dari curah sekuncup dan adanya vasokonstriksi perifer

menyebabkan bradikardi. Hipertensi sistolik dapat ditemukan pada gagal jantung yang lebih berat.

Selain itu pada gagal jantung kiri dapat timbul pulsus alternans (perubahan kekuatan denyut arteri).

c) Auskultasi

Tekanan darah biasanya menurun akibat penurunan isi sekuncup. Tanda fisik yang berkaitan dengan gagal jantung kiri adalah adanya bunyi jantung ke 3 dan ke empat (S3,S4) serta crackles pada paru-paru.

d) Perkusi

Batas jantung ada pergeseran yang menandakan adanya hipertropi jantung atau kardiomegali.

3) B3 (*Brain*)

Kesadaran composmentis, didapatkan soanosis perifer apabila gangguan perfusi jaringan berat, wajah meringis, menangis, merintih, dan meregang.

4) B4 (*Bladder*)

Adanya oliguria yang merupakan tanda syok kardiogenik dan adanya edema ekstremitas merupakan tanda adanya retensi cairan yang parah.

5) B5 (*Bowel*)

Pasien biasanya mual dan mutah, anoreksia akibat pembesaran vena dan statis vena di dalam rongga abdomen, serta penurunan berat badan. Selain itu dapat terjadi hepatomegaly akibat pembesaran vena di hepar dan pada akhirnya menyebabkan asites.

6) B6 (*Bone*)

Pada pengkajian B6 di dapatkan kulit dingin dan mudah lelah.

b. Pengkajian Sekunder :

1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Data subjektif : Riwayat pola hidup yang tidak sehat, kebiasaan makan makanan yang berlemak, gorengan, merokok, minum minuman alkohol, infeksi, anemia, dan penyakit keturunan seperti jantung, hipertensi, dan kebiasaan kurang berolahraga, riwayat kebiasaan tidak dapat melakukan aktivitas berat.

Data objektif : Pasien tampak membatasi aktivitasnya, pola hidup tidak sehat.

2) Pola nutrisi dan metabolik

Data subjektif : Kehilangan nafsu makan, mual, muntah, penambahan atau penurunan berat badan.

Data objektif : Pertambahan atau penurunan berat badan, edema, penggunaan diuretik, asites, perubahan turgor kulit, anemia, muntah, mukosa mulut kering dan keringat dingin.

3) Pola eliminasi

Data subjektif : Penurunan frekuensi BAB, penurunan peristaltik usus, peningkatan frekuensi BAK, perut terasa kembung dan begah.

Data objektif : Penurunan

4) Pola aktivitas dan latihan

Data Subjektif : Cepat lelah, sesak napas, kelemahan, nyeri dada dan penurunan aktivitas.

Data Objektif : Kelelahan/ kelemahan terus -menerus sepanjang hari, insomnia, nyeri dada pada saat beraktivitas, sesak napas, ortopnea, dyspnea nokturnal proksimal, gelisah, perubahan status mental. Misalnya: letargi, tanda-tanda vital berubah saat beraktivitas, takikardia, batuk non produktif atau mungkin batuk

terus menerus dengan atau tanpa pembentukan sputum, sputum mungkin bercampur darah, edema pulmonal, bunyi napas mungkin tidak terdengar, suara napas ronchi atau wheezing, warna kulit pucat, sianosis dan peningkatan JVP.

5) Pola tidur dan istirahat

Data Subjektif: Kelelahan, susah tidur dan mudah terbangun, terbangun berkemih pada malam hari.

Data Objektif: Kelelahan, malaise, gelisah, *dyspnea*, ortopnea, *dyspnea* nokturnal proksimal, palpebrae inferior berwarna gelap, ketidakmampuan mempertahankan posisi tidur dan nokturia, wajah mengantuk.

6) Pola persepsi dan kognitif

Data Subjektif : Perasaan nyeri dan sulit berkonsentrasi

Data Objektif: Kebingungan, gelisah, gangguan proses berfikir, perubahan daya ingat, penglihatan kabur, disorientasi, gangguan status mental, penurunan kesadaran.

7) Pola persepsi dan konsep diri

Data Subjektif : Cemas, marah

Data Objektif: Kecemasan, mudah tersinggung, perubahan peran, ketidakmampuan menerima penyakit.

8) Pola peran dan hubungan dengan sesama

Data Subjektif : Menarik diri

Data Objektif: Penurunan keikutsertaan dalam aktivitas sosial yang biasa dilakukan, gangguan komunikasi dan interaksi dengan orang lain.

9) Pola reproduksi dan seksualitas

Data Subjektif: Tidak ada penyimpangan

Data Objektif : Tidak ada penyimpangan.

10) Pola mekanisme stress dan coping

Data Subjektif: Cemas, khawatir, takut, marah

Data Objektif : Mudah tersinggung, gelisah, ketakutan, ragu-ragu, tidak mampu menerima kenyataan.

11) Pola sistem nilai dan kepercayaan

Data Subjektif: Kesulitan dalam melakukan ibadah.

Data Objektif: Kesulitan dalam melakukan ibadah.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018). Beberapa diagnosis keperawatan pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) berdasarkan SDKI adalah :

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan *preload* perubahan *afterload* perubahan kontraktilitas
- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis. Iskemia)
- d. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

3. Intervensi Keperawatan

Berikut adalah luaran dan rencana keperawatan menurut (SLKI PPNI, 2018) dan (SIKI PPNI, 2018)

a. SDKI : Penurunan curah jantung

SLKI :Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Palpitasi menurun
- 2) Gambaran EKG aritmia menurun
- 3) Lelah menurun
- 4) Dyspnea menurun

SIKI : Perawatan jantung

Observasi :

- 1) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dyspnea, kelelahan, edema, ortopnea, Dyspnea Paroxysmal Nocturnal (PND), peningkatan CVP

R/ Rasional: Untuk mendeteksi secara dini manifestasi utama penurunan curah jantung yang menunjukkan ketidakmampuan jantung memompa darah secara efektif.

- 2) Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpasi, ronchi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)

R/ Rasional: Untuk mendeteksi dini tanda kongesti dan perfusi jaringan yang tidak adekuat akibat penurunan curah jantung, seperti retensi cairan, gangguan paru, serta penurunan perfusi ginjal dan perifer.

- 3) Monitor tekanan darah (termasuk ortostatik, jika perlu)

R/ Menilai stabilitas hemodinamik dan kemampuan jantung mempertahankan perfusi.

- 4) Monitor keluhan nyeri dada (misal: intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivitasi yang mengurangi nyeri)
R/ Mengindikasikan iskemia miokard.
- 5) Monitor saturasi oksigen
R/ Menilai kecukupan oksigenasi jaringan.
- 6) Monitor EKG 12 sadapan
R/ Mendeteksi perubahan listrik jantung seperti iskemia, infark, atau gangguan konduksi yang dapat memengaruhi curah jantung.
- 7) Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)
R/ Menurunkan efektivitas pompa jantung sehingga memperburuk curah jantung dan meningkatkan risiko komplikasi serius.

Terapeutik :

- 1) Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman
R/ Membantu menurunkan beban kerja jantung dan meningkatkan ekspansi paru sehingga sesak napas berkurang. Posisi kaki ke bawah juga membantu mengurangi aliran balik vena (preload) sehingga mengurangi kongesti.
- 2) Berikan diet jantung yang sesuai (misal: batasi asupan kafein, natrium, kolestrol dan makanan tinggi lemak)
R/ Membantu mencegah retensi cairan yang dapat memperberat kerja jantung.
- 3) Berikan oksigen Untuk mempertahankan saturasi >94%
R/ Meningkatkan suplai oksigen ke jaringan, mengurangi hipoksia, serta membantu menurunkan beban kerja jantung akibat kekurangan oksigen.
- 4) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, bila perlu

R/ Meningkatkan aktivitas sistem saraf simpatis yang berdampak pada peningkatan denyut jantung dan tekanan darah.

Edukasi :

- 1) Anjurkan aktivitas fisik sesuai toleransi

R/ Membantu meningkatkan sirkulasi dan kekuatan otot tanpa membebani jantung secara berlebihan, sehingga mencegah kelelahan dan memperburuk kondisi.

- 2) Anjurkan aktivitas fisik secara bertahap

R/ Membantu adaptasi jantung terhadap kebutuhan oksigen yang meningkat serta mencegah intoleransi aktivitas dan dekompensasi jantung.

Kolaborasi :

- 1) Kolaborasi pemberian antiaritmia

R/ Membantu mengontrol irama jantung yang tidak normal sehingga meningkatkan efektivitas pompa jantung dan mencegah penurunan curah jantung lebih lanjut.

b. SDKI: Gangguan pertukaran gas

SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Dyspnea menurun
- 2) PCO₂ membaik
- 3) PO₂ membaik pH arteri membaik

SIKI Pemantauan respirasi

Observasi :

- 1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas

R/ Menilai status ventilasi dan mendeteksi dini gangguan pernapasan atau kelelahan otot napas.

- 2) Monitor pola napas (seperti bradipnea, Takipnea, hiperventilasi, kusmaul, cheyne- stokes, biot, ataksik)
R/ Mengindikasikan gangguan metabolik, neurologis, atau kegagalan pernapasan yang spesifik sehingga membantu menentukan diagnosis.
- 3) Monitor saturasi oksigen
R/ Menilai kecukupan oksigenasi dan mendeteksi hipoksia secara dini
- 4) Monitor AGD
R/ Memberikan informasi akurat tentang status oksigenasi, ventilasi, dan keseimbangan asam-basa.

Terapeutik :

- 1) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
R/ Memastikan perubahan kondisi pasien dapat terdeteksi secara cepat dan ditangani segera.
- 2) Dokumentasi hasil pemantauan
R/ Sebagai dasar evaluasi perkembangan kondisi pasien dan acuan dalam pengambilan keputusan klinis

Edukasi :

- 1) Jelaskan tujuan pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
R/ Meningkatkan pemahaman dan kerja sama pasien dalam proses pemantauan.
- 2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.
R/ Memberikan rasa aman, meningkatkan kepercayaan, dan membantu pasien memahami kondisi kesehatannya.

c. SDKI : Hipervolemia

SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Dyspnea menurun
- 2) Edema perifer menurun

- 3) kongesti paru menurun
- 4) Jugular Venous Pressure (JVP) membaik

SIKI : Manajemen hipervolemia

Observasi :

- 1) Periksa tanda dan gejala hipervolemia (misal: ortopnea, dyspnea, edema, JVP/CVP meningkat, reflek hepatojugular positif, suara napas tambahan)
R/ Mendeteksi kelebihan volume cairan yang dapat menyebabkan kongesti paru dan sistemik serta memperberat kerja jantung.
- 2) Identifikasi penyebab hipervolemia
R/ Menentukan penyebab (misal: gagal jantung, gangguan ginjal) penting untuk penatalaksanaan yang tepat dan efektif.
- 3) Monitor intake dan output cairan
R/ Menilai keseimbangan cairan tubuh sehingga dapat mencegah kelebihan cairan lebih lanjut atau dehidrasi.

Terapeutik :

- 1) Batasi asupan cairan dan garam
R/ Membantu mengurangi retensi cairan dan mencegah peningkatan volume intravaskular.
- 2) Tinggikan kepala Tempat tidur 30- 40°
R/ Membantu meningkatkan ekspansi paru dan mengurangi sesak napas akibat penumpukan cairan di paru.

Edukasi :

- 1) Anjurkan melapor jika haluaran urine <0,5 ml/kg/jam Dalam 6 jam
R/ Mencegah tanda gangguan perfusi ginjal atau kelebihan cairan yang memerlukan evaluasi segera.
- 2) Ajarkan cara membatasi cairan
R/ Membantu pasien mengontrol asupan cairan secara mandiri sehingga mencegah kekambuhan hipervolemia.

Kolaborasi :

1) Kolaborasi pemberian diuretik

R/ Membantu meningkatkan ekskresi cairan melalui urin sehingga menurunkan volume cairan berlebih dan beban kerja jantung.

d. SDKI : Intoleransi aktivitas

SLKI Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan lelah menurun
- 2) Dyspnea saat beraktivitas menurun
- 3) Dyspnea setelah beraktivitas menurun

SLKI : Manajemen energi

Observasi :

1) Monitor kelelahan fisik dan emosional

R/ Menilai tingkat kelelahan pasien serta dampaknya terhadap aktivitas dan kondisi psikologis sehingga dapat menentukan kebutuhan istirahat dan intervensi.

2) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

R/ Mengetahui penyebab kelelahan (misal: gangguan jantung, paru, anemia) membantu dalam penanganan yang tepat dan terarah.

Terapeutik :

Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulasi (misal: cahaya, suara dan kunjungan)

R/ Membantu mengurangi beban energi, meningkatkan kualitas istirahat, dan mempercepat pemulihan pasien.

Edukasi :

1) Anjurkan tirah baring

R/ Mengurangi kebutuhan energi dan konsumsi oksigen sehingga mencegah kelelahan berlebih dan memperingan kerja organ vital.

2) Anjurkan melakukan aktivitas secara Bertahap

R/ Membantu meningkatkan toleransi aktivitas secara perlahan tanpa menyebabkan kelelahan atau perburukan kondisi.

Kolaborasi :

a. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

R/ Asupan nutrisi yang adekuat membantu memenuhi kebutuhan energi, memperbaiki kondisi tubuh, dan mengurangi kelelahan.

e. SDKI : Nyeri akut

SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :

1) Keluhan Nyeri Menurun

2) Meringis Menurun

3) Gelisah Menurun

4) Kesulitan Tidur Menurun

SIKI : Manajemen nyeri

Observasi :

1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri

R/ Mengetahui gambaran nyeri secara komprehensif sehingga membantu menentukan penyebab dan intervensi yang tepat.

2) Identifikasi skala nyeri

R/ Mengukur tingkat nyeri secara objektif sebagai dasar evaluasi efektivitas terapi.

3) Identifikasi respon nyeri non- verbal

R/ Membantu mengenali nyeri pada pasien yang sulit mengungkapkan secara verbal (misal: perubahan ekspresi wajah, gelisah).

4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri non-farmakologis untuk mengurangi nyeri (misal TENS, Hipnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)

R/ Mengetahui faktor pemicu dan pereda nyeri membantu dalam pemilihan intervensi yang lebih efektif dan individual.

5) Fasilitasi istirahat dan tidur

R/ Membantu menurunkan persepsi nyeri dan meningkatkan proses penyembuhan.

Terapeutik :

1) Berikan teknik Relaksasi napas dalam.

R/ Membantu menurunkan ketegangan otot, meningkatkan oksigenasi, dan mengurangi persepsi nyeri melalui efek relaksasi.

Edukasi :

1) Ajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

R/ Memberdayakan pasien dalam mengontrol nyeri secara mandiri serta mengurangi ketergantungan pada obat.

Kolaborasi :

1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

R/ Menghambat jalur nyeri sehingga efektif menurunkan intensitas nyeri dan meningkatkan kenyamanan pasien.

10. Perencanaan Pulang (*Discharge Planning*)

Menurut Redyaningsih (2025) Perencanaan pulang untuk pasien CHF berdasarkan kelas NYHA adalah sebagai berikut:

a. NYHA Kelas I

- 1) Pasien boleh melakukan aktivitas normal (Jalan, kerja ringan)
- 2) Diet rendah garam (≤ 2 gram/hari)
- 3) Hindari rokok dan alkohol
- 4) Pantau berat badan rutin (deteksi retensi cairan)
- 5) Kepatuhan minum obat
- 6) Kontrol rutin ke fasilitas kesehatan

b. NYHA Kelas II

- 1) Pasien boleh melakukan aktivitas ringan-sedang, hindari aktivitas berat
- 2) Istirahat cukup di sela aktivitas
- 3) Diet rendah garam
- 4) Lakukan pembatasan cairan jika diperlukan ($\pm 1,5 - 2$ L/hari)
- 5) Pantau tanda-tanda bahaya (sesak, edema, berat badan naik > 2 kg/ 3hari)
- 6) Patuh mengonsumsi obat (diuretik)

c. NYHA Kelas III

- 1) Anjurkan aktivitas dibatasi, lakukan aktivitas ringan saja
- 2) Anjurkan banyak istirahat
- 3) Berikan posisi semi-fowler saat istirahat untuk mengurangi sesak
- 4) Lakukan diet rendah garam ketat
- 5) Pembatasan cairan lebih ketat

- 6) Berikan diuretik dosis lebih tinggi
- 7) Rujuk ke program rehabilitasi jantung jika tersedia.

d. NYHA Kelas IV

- 1) Anjurkan tirah baring atau aktivitas sangat minimal
- 2) Berikan posisi nyaman (semi-fowler atau fowler tinggi)
- 3) Lakukan diet rendah garam sangat ketat
- 4) Lakukan pembatasan cairan ketat
- 5) Anjurkan patuh mengonsumsi obat (diuretik oral/IV, inotropik)
- 6) Edukasi tanda darurat (sesak berat, penurunan kesadaran, nyeri dada)

BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien dengan inisial Tn. R usia 33 tahun, Masuk di ICU RS Stella Maris pada tanggal 03 Februari 2026 dengan diagnosa medis STEMI. Keluarga pasien mengatakan bahwa keluhan awal mulai dirasakan di rumah pasien pada tanggal 01 Februari 2026 berupa nyeri dada sebelah kiri yang menjalar hingga tembus ke belakang. Pada tanggal 03 Februari 2026, muncul keluhan lain seperti batuk berdahak dan sesak nafas. Nyeri dada semakin memberat saat pasien batuk dan sulit mengeluarkan dahak nya. Sesak nafas juga semakin memberat jika pasien melakukan aktivitas yang juga disertai pusing dan sakit kepala. Karena kondisi pasien semakin menurun dan tampak lemah, keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Pada saat di IGD pasien dilakukan tindakan, pasien segera di beri oksigen nasal kanul 4 liter, pemasangan infus NaCL 0.9% 20 tpm, hasil pemeriksaan ST Depresi Miokard Infark pada V4,V5,V6, pasien diberikan obat aspilet 2 tub, CPG 4 tub, ranitidin 1 amp, Setelah itu pasien dipindahkan ke ICU. Saat dilakukan pengkajian di ruang ICU didapatkan pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri tembus ke belakang, skala nyeri 6, nyeri dirasakan seperti tertekan beban berat dan terjadi secara terus menerus. Pasien mengeluh lelah, pasien mengatakan sebelum sakit ia banyak mengkonsumsi nasi. Tampak pasien sesak, tampak terpasang oksigen nasal kanul dengan SpO₂ : 91%, tampak edema pada ke 2 tangan dan kakinya dengan kedalaman 2 mm, mulut pasien kering, tampak pasien sering meminta minum, pasien terpasang furosemide 5,0 cc/jam melalui syringe pump, Observasi TTV TD : 172/122 mmHg, N : 135 x/m, P : 30x/m, S : 36,6 °C, foto thorax : Cardiomegaly, GDS : 146 mg/dl. Dari data diatas maka penulis mengangkat 4 masalah keperawatan yaitu bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan

dengan sekresi yang tertahan, penurunan curah jantung ditandai dengan perubahan kontraktilitas, ketidakstabilan kadar glukosa berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah, dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan oksigen.

B. Pengkajian

Identitas Pasien

Nama pasien : Tn.R

Umur : 33 Tahun

Jenis kelamin : laki-laki

Tanggal /jam MRS : 03 Februari 2026

Tanggal /jam pengkajian : 04 Februari 2026

Diagnosa Medis :STEMI+DISPNEA+HT EMERGENCY

1. Pengkajian Primer : (Meliputi : B-1/Breath, B-2/Bleed, B-3/Brain B-4/Bladder, B-5/Bowel, B-6/Bone)

Tabel 3.1 Pengkajian Kritis

Breath (B1)	Pergerakan dada	- Tampak pergerakan dada simetris kanan dan kiri - Tampak tidak ada kelainan bentuk dada - Tampak sesak
	Pemakaian otot bantu napas	Tampak tidak ada penggunaan otot bantu napas
	Palpasi	- Vocal Fremitus : Teraba sama kanan dan kiri - Nyeri Tekan : Tidak ada - Krepitasi : Tidak ada
	Perkusi	- Terdengar sonor Lokasi : kedua lapang paru atas - Redup Lokasi : kedua lapang paru basal
	Suara napas	Terdengar suara napas tambahan rokh
	Batuk	Produktif, Pasien mengeluh sulit mengeluarkan dahak
	Sputum	Tampak sputum kental
	Alat bantu napas	Ada Jenis :Oksigen nasal kanul 4 liter

	Lain-lain	- Frekuensi pernapasan : 30x/menit - Spo2: 91% - Pemeriksaan foto thorax Kesan : Cardiomegaly (LVH)
Blood (B2)	Suara jantung	S1 S2 S3 S4 - Tunggal suara jantung tunggal S1 dan S2 terdengar pada ICS 5 linea midclavikularis sinistra (apeks jantung) - Suara jantung S3 gallop dan S4 terdengar di ICS 3 linea midsternalis sinistra dan pada pada ICS 5 linea midclavikularis sinistra (apex jantung), suara S3 dan S4 pada posisi pasien leteral decubitus. - S4 terdengar pada akhir dari diastolik hingga awalan sistolik dan S3 terdengar pada akhir sistolik hingga awal diastolik.
	Irama jantung	Irreguler
	CRT	Tampak CRTkembali dalam >3 detik
	JVP	Meningkat (5 + 4 cmH20)
	CVP	Tidak ada
	Edema	Ada Lokasi : Tangan dan kaki dengan derajat 1
	EKG	ST Depresi Miokard Infark pada V4,V5,V6

	Lain-lain	- Tanda-tanda vital Tekanan Darah : 172/122mmHg Nadi : 135 x/menit Suhu : 36,7°c MAP : 139 mmHg GDP : 146 mg/dl Troponin T : 56,0 - Echocardiografi Kesan : Eccentric Left Ventricular Hypertrophy is Present, LVEF 23%
Brain (B3)	Tingkat kesadaran	- Kualitatif : Composmentis - Kuantitatif (GCS) : 15 E :4 V: 5 M : 5
	Reaksi pupil : - Kanan - Kiri	Isokor - Ada, diameter 3 cm - Ada, diameter 3 cm
	Refleks fisiologis	Ada - Trisept : positif - Bicept : positif - Patella : Positif - Aciles : Positif
	Refleks patologis	Tidak ada Babinsky : negatif
	Meningeal sign	Tidak ada
	Lain-lain	Tidak ada
Bladder (B4)	Urin	- Jumlah : 1500 cc - Warna : Kuning pekat
	Kateter	- Tidak ada, pasien menampung urine menggunakan pispot
	Kesulitan BAK	Tidak ada

	Lain-lain	Tidak ada								
Bowel (B5)	Mukosa bibir	Tampak kering								
	Lidah	Tampak bersih								
	Keadaan gigi	Tampak lengkap								
	Nyeri telan	Tidak ada								
	Abdomen	Tidak distensi								
	Peristaltik usus	Normal Nilai: 10 x/menit								
	Mual	Ada, mual								
	Muntah	Tidak ada								
	Hematememesis	Tidak ada								
	Melena	Tidak ada								
Bone (B6)	Terpasang NGT	Tidak ada								
	Terpasang colostomy bag	Tidak ada								
	Diare	Tidak ada								
	Konstipasi	Tidak ada								
	Asites	Tidak ada								
	Lain-lain	Tidak ada								
	Turgor	Baik								
	Perdarahan Kulit	Tidak ada								
	Icterus	Tidak ada								
	Akral	Hangat, pucat								
	Pergerakan sendi	Uji kekuatan otot <table><tr><td>Kanan</td><td>Kiri</td></tr><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td colspan="2"> </td></tr><tr><td>5</td><td>5</td></tr></table>	Kanan	Kiri	5	5			5	5
	Kanan	Kiri								
	5	5								
5	5									
Fraktur	Tidak ada									
Luka	Tidak ada									
Lain-lain	Tidak ada									

2. Diagnosa Keperawatan: (Berdasarkan data yang diperoleh saat pengkajian primer)

B-1 : Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

B-2 : Penurunan Curah Jantung, Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

B-3 : Tidak ada masalah keperawatan

B-4 : Tidak ada masalah keperawatan

B-5 : Tidak ada masalah keperawatan

B-6 : Tidak ada masalah keperawatan

3. Tindakan Keperawatan Utama Yang Dilakukan :

a. Pemberian Oksigen nasal kanul 4 liter

b. Melakukan kolaborasi pemberian obat untuk meredakan nyeri dada

c. Memantau kadar glukosa darah

d. Melakukan pemberian insulin

4. Pengkajian Sekunder (Meliputi pengkajian riwayat keperawatan dan Head To Toe

a. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan kesehatan itu penting yang harus dijaga. Keluarga pasien mengatakan pasien mengetahui penyakitnya tetapi pasien tidak terlalu memperhatikan kesehatannya. Pasien mengatakan sering mengalami sakit seperti batuk, nyeri dada dan sering bengkak pada kedua kaki dan tangan. Pasien mengatakan bila sakit, ia tidak melakukan penanganan selama di rumah. Pasien mengatakan jarang memeriksakan kesehatannya ke pelayanan kesehatan. Pasien juga jarang berolahraga dan jarang melakukan aktivitas yang berat. Pasien mengatakan memiliki kebiasaan makan makanan instan dan merokok. Pasien mengatakan tidak melaksanakan diet apapun

selama di rumah. Pasien juga jarang mengonsumsi obat rutin yang telah diberikan oleh dokter.

2. Riwayat penyakit saat ini

Keluhan utama : Nyeri dada sebelah kiri tembus kebelakang

Riwayat keluhan utama :

Keluarga pasien mengatakan bahwa keluhan awal mulai dirasakan di rumah pasien pada tanggal 01 Februari 2026 berupa nyeri dada sebelah kiri yang menjalar hingga tembus ke belakang. Pada tanggal 03 Februari 2026, muncul keluhan lain seperti batuk berdahak dan sesak nafas. Nyeri dada semakin memberat saat pasien batuk dan sulit mengeluarkan dahak nya. Sesak nafas juga semakin memberat jika pasien melakukan aktivitas yang juga disertai pusing dan sakit kepala. Karena kondisi pasien semakin menurun dan tampak lemah, keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Sesampainya di IGD Stella Maris, dokter menginstruksikan pasien untuk dirawat di ruang ICU.

3. Riwayat penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit jantung sejak 2 tahun lalu. Pasien mengatakan mengalami riwayat penyakit diabetes kurang lebih 10 tahun, pasien menggunakan insulin apidra dan lantus.

4. Riwayat Kesehatan keluarga

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit yang sama dengannya.

5. Pemeriksaan fisik :

- a) Kebersihan rambut : Rambut tampak bersih
- b) Kulit kepala : Tampak kulit kepala bersih, tidak ada lesi
- c) Kebersihan kulit : Tampak kulit bersih
- d) Hygiene rongga mulut : Tampak mulut bersih, tidak ada luka
- e) Kebersihan genetalia : Tampak bersih

f) Kebersihan anus : Tampak bersih

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan makan dengan teratur dengan porsi yang besar. Pasien makan 3 kali sehari, dengan menu nasi, ikan, sayur serta lauk pauk lainnya. Pasien suka makan gorengan. Pasien mengatakan ia sering minum air putih, dan pasien dapat menghabiskan 2 liter air dalam 1 hari.

2) Sejak sakit

Pasien mengatakan selama di RS pasien makan 3 sehari dengan porsi makan sedang dengan lauk nasi telur ayam tempe dan tahu. Pasien mengatakan ia sering minum air putih dalam sehari pasien bisa menghabiskan 1 liter air. Pasien sedang dalam diet rendah kalori yakni 1500 kalori/hari. Pasien juga mengeluh mual.

3) Observasi

Tampak pasien menghabiskan makanannya, tampak pasien minum banyak air, tampak pasien terpasang infus NaCL 0,9 % 20 tpm.

- a) Keadaan rambut : tampak rambut pasien bersih dan beruban
- b) Hidrasi kulit : tampak kulit tidak elastis, turgor kulit menurun
- c) Palpebra/conjungtiva : tampak edema/tidak tampak anemis
- d) Sclera : tampak sclera tidak ikterik
- e) Hidung : tampak septum di tengah dan bersih
- f) Rongga mulut : tampak rongga mulut kotor
- g) Gigi : tampak gigi bersih, tampak tidak ada gigi palsu
- h) Kemampuan mengunyah : pasien mampu mengunyah.
- i) Lidah : tampak lidah bersih

- j) Pharing : tampak tidak ada peradangan
- k) Kelenjar getah bening : teraba tidak ada pembesaran dan benjolan
- l) Kelenjar parotis : teraba tidak ada pembesaran
- m) Abdomen
 - Inspeksi : tampak tidak ada ascites
 - Auskultasi: terdengar peristaltic usus 10 x/menit
 - Palpasi : tidak ada nyeri tekan
 - Perkusi : terdengar tympani
- n) Kulit
 - Edema : tidak ada
 - Icteric : tidak ada
 - Tanda-tanda radang : tidak ada

c. Pola Eliminasi

- 1) Sebelum sakit
 - Pasien mengatakan pasien sering BAK sebanyak > 5 kali sehari dan BAB sebanyak 2 kali sehari. Pasien mengatakan tidak ada keluhan selama BAK dan BAB.
- 2) Sejak sakit
 - Pasien mengatakan masih sama sering BAK dan dalam sehari BAK > 5, kali, BAK dan BAB tidak ada keluhan
- 3) Observasi
 - Tampak pasien menggunakan pispot untuk menampung buang air kecil, urine yang di tampung sebanyak 1500cc/8 jam
- 4) Pemeriksaan fisik :
 - a) Peristaltic usus : 10 kali/menit
 - b) Palpasi kandung kemih : tidak teraba adanya distensi kandung kemih
 - c) Nyeri ketuk ginjal : tidak ada nyeri ketuk ginjal

- d) Mulut uretra : tampak mulut ureter bersih
- e) Anus
 - Peradangan : tampak tidak ada peradangan
 - Hemoroid : tampak tidak ada hemoroid

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan kesehariannya dirumah yaitu menonton TV dan bermain hp, pasien jarang melakukan aktivitas yang berat, karena kalau pasien melakukan aktivitas olahraga atau hanya sekedar jalan jalan saja dapat membuat kaki dan tangannya langsung bengkok

2) Sejak sakit

Sejak sakit pasien hanya terbaring lemas diatas tempat tidur dan sebagian aktivitas di bantu oleh keluarga dan perawat. Pasien mengatakan mengeluh sesak dan mudah lelah jika melakukan aktiivitas ringan seperti duduk, makan (NYHA 3).

3) Observasi

Tampak pasien berbaring di atas tempat tidur

a) Aktivitas harian :

- Makan :2
- Mandi :2
- Pakaian :2
- Kerapihan :2
- Buang air besar :2
- Buang air kecil :0
- Mobilisasi ditempat tidur :0

Keterangan:
 0 : Mandiri
 1 : bantuan dengan alat
 2 : bantuan orang
 3 : bantuan alat dan orang
 4 : bantuan penuh

b) Postur tubuh : tegak

c) Gaya jalan :

d) Anggota gerak yang cacat : tidak ada

e) Fiksasi : tampak tidak ada fiksasi

- f) Tracheostomy : tampak tidak ada tracheostomi
- 4) Pemeriksaan fisik
- a) Tekanan darah
 Berbaring : 172/122 mmHg
 kesimpulan: Perfusi ginjal tidak memadai
- b) HR : 102 x/menit
- c) Kulit
 Keringat dingin : tidak ada
 Basah : tidak ada
- d) JVP: 5+3 cmH₂O (meningkat)
- e) Perfusi pembuluh kapiler kuku : >3 detik
- f) Thorax dan pernapasan
 Inspeksi
 - Bentuk thorax : simetris antara kiri dan kanan
 - Retraksi intercostal : tidak ada
 - Sianosis : tampak pasien tidak sianosis
 - Stridor : tidak terdengar
 Palpasi
 - Vocal premitus : tidak dikaji
 - Krepitasi : tidak ada
 Perkusi : sonor
 - Lokasi : thorax
 Auskultasi
 - Suara napas : vesikuler
 - Suara ucapan : tidak ada
 - Suara tambahan : tidak ada
- g) Jantung
 Inspeksi
 Ictus cordis : tidak tampak adanya ictus cordis

Palpasi

Ictus cordis : getaran dirasakan pada ics 5 medio
clavikularis sinistra

Perkusi

- Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis sinistra
- Batas bawah jantung : ICS 5 linea mid clavicularis sinistra
- Batas kanan jantung : ICS 2 linea sternalis dextra
- Batas kiri jantung : ICS 6 linea axillaris sinistra (terdapat adanya pelebaran jantung)

Auskultasi

- Bunyi Jantung J II A : tunggal, ICS 2 linea sternalis dextra
- Bunyi Jantung II P : tunggal ICS 3 linea sternalis sinistra
- Bunyi Jantung I T : tunggal ICS 4 linea sternalis sinistra
- Bunyi Jantung I M : tunggal ICS 5 linea mid clavicularis sinistra
- Bunyi Jantung III : Suara jantung s3 gallop terdengar di ICS 3 linea midsternalis sinistra dan pada ICS 5 linea midclavikularis sinistra (apex jantung), suara s3 terdengar pada posisi lateral decubitus.
- Bunyi Jantung IV : Suara s4 terdengar di ICS 3 linea midsternalis sinistra dan pada ICS 5 linea midclavikularis sinistra (apex jantung), suara s4 pada posisi pasien lateral.
- Mur-mur : tidak ada
- Bruit : Aorta : tidak terdengar
 - A. Renalis : tidak terdengar
 - A. Femoralis : tidak terdengar

h) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : negatif
- Rentang gerak : tidak ada
- Kaku sendi : tidak ada
- Nyeri sendi : tidak ada
- Fraktur : tidak ada
- Parese : tidak ada
- Paralisis : tidak ada
- Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
kaki	5	5

Keterangan:

Nilai 5 : kekuatan penuh

Nilai 4 : kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai 2 : mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1 : tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

- Reflex fisiologi :
 Ekstremitas atas dextra/sinistra:
 Biseps dextra (+) Biseps sinistra (+)
 Trisep dextra (+) Trisep sinistra (+)
 Ektremitas bawah dextra/sinistra

Patella dextra (+) Patella sinistra (+)

- Reflex patologi : Babinski dextra (-) Babinski sinistra (-)
 - Columna vertebralis
- Inspeksi : tidak ada kelainan
- Palpasi : tidak ada nyeri tekan
- Kaku kuduk : kaku kuduk tidak ada

e. Pola Istirahat dan Tidur

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan tidur malam jam 10.00-06.00 pagi, pasien sering terbangun untuk kencing, Pasien mengatakan sangat jarang tidur siang, karena jika pasien tidur siang maka malamnya ia akan merasa sulit tidur.

2) Sejak sakit

Pasien mengatakan selama di rumah sakit pasien tidur malam dari jam 10.00 dan bangun jam 05.00 untuk mandi. Pasien sering terbangun untuk kencing, dan pasien merasa sesak.

3) Observasi

Tampak pasien berbaring dalam posisi fowler.

Ekspresi wajah mengantuk : Positif

Banyak menguap : Negatif

Palpebrae inferior berwarna gelap : Negatif

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan mempunyai masalah pada matanya, pasien tidak bisa melihat jauh (minus) namun pasien tidak mau menggunakan kacamata, pasien tidak ada gangguan pada pancaindera sebelumnya.

2) Sejak sakit

Pasien tidak ada gangguan pada pancaindra lainnya.

Pengkajian skala nyeri dada :

P: Pasien mengatakan nyeri dada tembus ke belakang

Q: Pasien mengatakan nyeri dada seperti tertekan beban berat

R: Nyeri dirasakan pada dada sebelah kiri

S: Pasien mengatakan skala nyeri 6

T: Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika beraktivitas

3) Observasi

Tampak pasien tidak memiliki gangguan pada pancaindra lainnya

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan

Kornea : tampak jernih

Pupil : isokor

Lensa mata : tampak jernih

Tekanan intra okuler : teraba kenyal pada kedua mata

b) Pendengaran

Pina : tampak simetris antara kiri dan kanan

Kanalis : tampak bersih

Membrane timpani : tampak utuh dan memancarkan cahaya

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien merawat dirinya dengan baik dan bersyukur dengan apapun yang dia miliki.

2) Sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit ia merasa sedih dan khawatir dengan keadaannya

3) Observasi

a) Kontak mata : Tampak kontak mata baik

b) Rentang perhatian : Tampak rentang perhatian pasien baik

c) Suara dan bicara : Tampak pasien mampu bicara

d) Postur tubuh : Normal

4) Pemeriksaan fisik :

- a) Kelainan bawaan yang nyata : tidak ada
- b) Bentuk/postur tubuh : normal
- c) Kulit : tampak bersih

h. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan hubungan dengan keluarga, teman dan tetangga terjalin dengan baik dan tidak ada masalah

2) Sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit hubungan dengan keluarganya baik- baik saja. Keluarga selalu memberikan semangat dan dukungan dalam proses penyembuhan pasien

3) Observasi

Tampak adik pasien datang untuk menjaga pasien

i. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Stress

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan ketika ada masalah ia langsung menceritakannya kepada keluarga dan akan didiskusikan bersama keluarga untuk mengatasinya

2) Sejak sakit

Pasien mengatakan merasa khawatir dengan kondisinya saat ini dan selalu berdoa kepada Tuhan agar dapat sembuh dan mempercayakan segala pengobatan kepada dokter dan perawat

j. Pola Reproduksi dan Stress

1) Sebelum sakit

Pasien berjenis kelamin laki laki, dan Pasien mengatakan tidak ada masalah pada organ reproduksi , Pasien berjenis kelamin laki laki, dan Pasien mengatakan tidak ada masalah pada organ reproduksi

2) Sejak sakit

Tidak ada masalah pada organ reproduksi

k. Pola nilai dan kepercayaan

1) Sebelum sakit

Pasien beragama kristen dan ia yakin bahwa ia akan disembuhkan

2) Sejak sakit

Pasien beragama kristen dan ia yakin bahwa ia akan disembuhkan

l. Uji saraf kranial

1) N I: Pasien mampu mencium aroma minyak kayu putih

2) N II: Pasien tidak bisa membaca dengan jarak 30 cm

3) N III,IV,VI: Pasien mampu menggerakkan bola mata kekanan dan kiri

4) N V :

Sensorik: Pasien mampu menunjukkan area yang diberi goresan tissue pada wajah

Motorik: Pasien mampu menggigit

5) N VII

Senrrik : Pasien mampu mencium aroma minyak kayu putih

Motorik : Pasien mampu mengangkat alis dan mencucurkan bibir.

6) N VIII : Pasien mampu mendengar suara petikan jari

7) N IX, N X: Pasien mampu menelan

8) N XI: Pasien mampu mengangkat bahu

9) XII : Pasien mampu menjulurkan lidah, mendorong pipi kanan dan kiri

m. Pemeriksaan penunjang

1. Laboratorium pada (03 Februari 2026)

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
WBC	10.50	$10^3/\text{UL}$	4.0-10.0
HGB	14.3	g/dl	11.0-16.0
HCT	41.7	%	37.0-54.0
PLT	313	$10^3/\text{UL}$	150.0-400.0
Ureum	24,3	mg/dl	10 — 50
Creatinin	2.36	mg/dl	L.0,6-2,0/P.0,5-1,2
SGOT	31	U/L	L. 5-40/P. 5-40
SGPT	14	U/L	L. 5-40/P. 5-40
Asam Urat	11.1	mg/dl	L. 0.6-7.0/P.2.4-6.0
Cholesterol LDL	129	mg/dl	<200
Trigliserida	67	mg/dl	<150
HbA1C	12,1	%	4.2-6.5
Albumin	1,91	mg/dl	3,5-5,0
Gula darah Sewaktu	106	mg/dl	100 - 140
Pemeriksaan elektrolit	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Natrium (Na)	134	mmol/L	136-145
Kalium (K)	2,9	mmol/L	3,5-5,1
Clorida (CL)	102	mmol/L	98-106
Penanda Jantung	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Tropinin T	56,0	ng/ml	< 50

2. Elektrokardiogram (04 Februari 2026)

ST Depresi miokard Infark pada V4,V5,V6

ST Depression high lateral myocardial ischemia

ST depression possible anterior myocardial ischemi

3. Foto Thorax (03 Februari 2026)

Kesan : Cardiomegaly (LVH)

4. Echocardiografi (04 Februari 2026)

Kesan : Dilatation of all chambers Severely abnormal Left Ventricular Systolic Function, Hypokinetic Segment. Eccentric Left Ventricular Hypertrophy is Present, LVEF 23%

5. Terapi obat :

a) Aspilet 80 mg /24 jam/ Oral

b) Clopidogrel 1 Tab/ 24 jam/ Oral

c) Furosemide 40 mg 2 amp/12 jam/ IV

d) Ranitidin 1 amp/ 12 jam/IV

e) Laxadine syrup 30 ml/ 24 jam/ oral

f) Acethylcistein 200 mg /8 jam/ Oral

g) Sansulin 4-0-4

ANALISA DATA PRIMER

Nama / Umur : Tn. R/33 tahun

Ruang / Kamar : ICU

Tabel 3.2 Analisa Data

NO.	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	Data Subjektif : – Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri tembus ke belakang – Pasien mengeluh sesak saat posisi tidur Data Objektif : - Tampak pasien lemah - Tampak JVP meningkat (5+4 cmH2O) - Terdengar bunyi jantung gallop pada ICS 5 katub mitral - Hasil observasi TTV : - Tekanan darah : 172/122 mmHG - Nadi : 135 x/m - Hasil pemeriksaan EKG : ST Depresi Miokard Infark pada V4,V5,V6 - Hasil Echocardiografi: LVEF 23% - Troponin T : 56.0 ng/mL - Kolestrol LDL : 129 mg/dl - Trigliserida 67 mg/dL	Perubahan kontraktilitas	Penurunan curah jantung

--	--	--	--

2.	Data subjektif – Pasien mengatakan batuk berlendir sejak 3 hari yang lalu – Pasien mengatakan sesak napas memberat sejak kemarin Data objektif : – Tampak pasien sesak – Tampak pasien sulit mengeluarkan dahak – Tampak penggunaan otot bantu pernapasan – Terdengar suara napas ronki pada ICS 4 dan 5 kedua lapang paru. – Hasil observasi TTV : – Frekuensi pernapasan : 30x/menit – Saturasi oksigen : 91%	Sekresi yang tertahan	Bersihan Jalan Napas tidak efektif
----	--	-----------------------	------------------------------------

3.	Data Subjektif : – Pasien mengatakan mudah lelah – Pasien mengatakan sering merasa haus – Pasien mengatakan mengalami diabetes melitus sudah 10 tahun. – Pasien mengatakan jarang memeriksa gula darah – Pasien mengatakan jarang melaksanakan diet rendah gula. Data Objektif : – Tampak mulut pasien kering – Tampak pasien lemas – GDP : 146 mg/dl – HbA1C : 12,1 %	Gangguan toleransi glukosa darah	Ketidakstabilan kadar glukosa darah
----	---	----------------------------------	-------------------------------------

ANALISA DATA SEKUNDER

Nama / Umur : Tn. R / 33 tahun

Ruang / Kamar : ICU

Tabel 3.2 Analisa Data

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	Data Subjektif : - Pasien mengeluh lelah, sesak dan nyeri dada bertambah ketika beraktivitas - Pasien mengatakan tidak dapat tidur karena sesak yang dialami Data Objektif : - Tampak pasien sesak bahkan ketika berada di atas tempat tidur - Tampak pasien dibantu oleh keluarga dan perawat - TD : 172/122 mmHG - Nadi : 135 x/menit	Ketidakseimbangan antara suplai oksigen	Intoleransi Aktivitas

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama / Umur : Tn. R / 33 tahun

Ruang / Kamar : ICU

Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1.	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas ditandai dengan nyeri dada, hasil EKG menggambarkan ST Depresi Miokard Infark pada V4,V5,V6, dan hasil Echocardiografi LVEF 23% (D.0008)
2.	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Sekresi yang tertahan ditandai dengan batuk berdahak, sesak napas, terdengar suara ronkhi, dan frekuensi napas 30x/menit (D.0001)
3.	Ketidakstabilan kadar glukosa berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah ditandai dengan riwayat diabetes melitus sejak 10 tahun lalu, GDP 146 mg/dl, dan HbA1C 12,1 % (D.0027)
4.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan oksigen ditandai dengan mengeluh lelah, sesak dan nyeri dada bertambah ketika beraktivitas, nadi 135x/mnt (D.0056)

INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama / Umur : Tn. R / 33 tahun

Ruang / Kamar : ICU

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan

SDKI	SLKI	SIKI
Penurunan curah jantung d.d perubahan kontraktilitas Data Subjektif : – Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri tembus ke belakang – Pasien mengeluh sesak saat posisi tidur Data Objektif : - Tampak pasien lemah - Tampak JVP meningkat (5+4 cmH2O) - Terdengar bunyi jantung gallop pada ICS 5 katub mitral - Tekanan darah :	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, diharapkan curah jantung meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Lelah menurun 2. Dispnea menurun 3. Tekanan darah membaik 4. Ortopnea menurun 5. Takikardia menurun 6. Edema menurun 7. Oliguri menurun	Perawatan Jantung Akut (I.02076) Observasi 1. Identifikasi karakteristik nyeri dada (Kualitas, lokasi, radiasi, skala, durasi, dan frekuensi) 2. Monitor EKG 12 sadapan untuk perubahan ST dan T 3. Monitor enzim jantung (mis: CK, CK-MB, Troponin T, Troponin I) 4. Monitor saturasi oksigen Terapeutik 1. Pasang akses intravena 2. Pemberian Terapi Benson (Adolphus et al. 2023) Edukasi 1. Pertahankan tirah baring minimal 12 jam 2. Anjurkan menghindari manuver Valsava mendedan saat BAB atau batuk Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian antiplatelet (Aspilet 80 mg/24

172/122 mmHG - Nadi : 135 x/m - Suhu : 36,7 °C - Hasil pemeriksaan EKG : ST Depresi Miokard Infark pada V4,V5,V6 - Hasil Echocardiografi: LVEF 23% - Troponin T: 56,0 - Kolesterol total : 129 mg/dl - Trigliserida 67 mg/dL	Serta perfusi miokard meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Nyeri dada menurun	jam/Oral, Clopidogrel 75 mg 1x1) 2. Kolaborasi pemberian obat untuk mencegah manuver Valsava, laxadine 1x1 Manajemen Cairan Observasi 1. Monitor status hidrasi Terapeutik 2. Catat intake output dan balance cairan 24 jam 3. Berikan asupan cairan Intravena Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian diuretik (Furosemide 40 mg 2 amp/12 jam/ IV)
---	---	--

Bersihkan Jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Sekresi yang tertahan Data subjektif – Pasien mengatakan batuk berlendir sejak 3 hari yang lalu – Pasien mengatakan sesak napas memberat sejak kemarin Data objektif : – Tampak pasien sulit mengeluarkan dahak – Tampak penggunaan otot bantu pernapasan – Terdengar suara napas ronki pada ICS 4 dan 5 kedua lapang paru. – TTV : Frekuensi pernapasan : 30x/menit Saturasi oksigen : 91%	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam, diharapkan Bersihkan jalan napas meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Dispnea membaik 4. Frekuensi napas membaik 5. Pola napas membaik	Manajemen Jalan Napas Observasi 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 3. Monitor sputum (warna, aroma) Terapeutik 1. Posisikan semi-Fowler atau Fowler 2. Berikan oksigen nasal kanul 4 liter/menit Edukasi 1. Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian mukolitik (Acetylcysteine 200 mg /8 jam/ Oral)
---	---	---

Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan toleransi glukosa darah. Data Subjektif : – Pasien mengatakan mudah lelah – Pasien mengatakan sering merasa haus – Pasien mengatakan mengalami diabetes melitus sudah 10 tahun. – Pasien mengatakan jarang memeriksa gula darah – Pasien mengatakan jarang melaksanakan diet rendah gula. Data Objektif : – Tampak mulut pasien kering – Tampak pasien lemas – GDP : 146 mg/dl – HbA1C : 12,1 %	Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3 X 8 jam di harapkan kestabilan kadar glukosa darah membaik dengan kriteria hasil : 1. Lelah / lesu menurun 2. Rasa haus menurun 3. Mulut kering menurun 4. Kadar glukosa dalam darah membaik	Manajemen Hiperglikemia Observasi 1. Identifikasi penyebab kemungkinan hiperglikemia 2. Monitor kadar glukosa darah Terapeutik 1. Konsultasi dengan medis apabila ada tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk Edukasi 1. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin) 2. Anjurkan kepatuhan terhadap diet Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian insulin 4 unit/4-0-4/subkutan 2. Kolaborasi pemberian cairan NaCl 0,9% 20 tpm
--	---	---

Intoleransi Aktivitas b.d Ketidakseimbangan antara suplai dan oksigen Data Subjektif : - Pasien mengeluh lelah, sesak dan nyeri dada bertambah ketika beraktivitas - Pasien mengatakan tidak dapat tidur karena sesak yang dialami Data Objektif : - Tampak pasien sesak bahkan ketika berada di atas tempat tidur - Tampak pasien dibantu oleh keluarga dan perawat - TD : 172/122 mmHG - Nadi : 135 x/menit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam, diharapkan toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Keluhan Lelah menurun 2. perasaan lemah menurun 3. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari cukup meningkat 4. Dispnea saat aktivitas cukup menurun	Manajemen Energi Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 2. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan Edukasi 1. Anjurkan melakukan aktivitas sesuai NYHA III 2. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan (Diet rendah kalori 1000 kkal/hari)
---	--	--

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama / Umur : Tn. R / 33 tahun

Ruang / Kamar : ICU

Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan

TANGGAL	DX	WAKTU	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	NAMA PERAWAT
06/02/2026	II	07.30	Memonitor pola napas (frekuensi, usaha napas) Hasil: – Frekuensi pernapasan : 30x/menit – Tampak pasien menggunakan napas dalam	Jeane
	III	07.30	Memonitor kadar glukosa darah Hasil : GDP 146 mg /dl	Jeane
	III	07.35	Melakukan kolaborasi pemberian insulin Hasil : Pasien diberikan sansuline rapid 4 unit. Tampak gula darah pasien lebih terkontrol	Jeane
	II	07.38	Melakukan kolaborasi pemberian mukolitik Hasil : Tampak pasien diberikan obat Acethylcistein 200 ml sesudah makan. Tampak pasien mampu mengeluarkan dahak berwarna putih kental.	Jeane

	II	07.40	Memonitor sputum (wama, aroma) Hasil: Tampak warna sputum putih bening dan tidak berbau.	Jeane
	II	07.45	Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) Hasil : Terdengar suara napas ronki pada ICS 4 dan 5 kedua lapang paru.	Jeane
	II	07.48	Memberikan posisikan semi-Fowler atau Fowler Hasil : Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dengan posisi semi fowler	Jeane
	I.II	08.00	Melakukan pemeriksaan TTV Hasil : TD : 172/122 mmHg N : 135x/menit P : 30x/menit SPO2 : 99% S : 36,7	Jeane
	II	08.10	Memberikan oksigen, jika perlu Hasil: Tampak pasien terpasang O2 nasal kanul 4 liter, SPO2 90% menjadi 96%. Pasien merasa lebih nyaman	Jeane
	I	08.16	Memonitor status hidrasi Hasil : Tampak CRT >3 detik.	Jeane

			Pasien mengatakan sering merasa haus.	
	I	08.20	Memasang akses intravena Hasil :Tampak pasien terpasang infus 2 line	Jeane
	I	08.25	Melakukan kolaborasi pemberian cairan IV (NaCl 0,9%) Hasil : Pasien di berikan cairan Nacl 0,9% dengan 20 tpm.	Jeane
	I	08.30	Memberikan diuretik, furosemide Hasil : Pemberian furosemide 40 mg/12 jam. Observasi urin 390cc, tampak pasien masih merasa sesak.	Jeane
	I	08.40	Mengidentifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan Pereda, kualitas, lokasi, radiasi, skala, durasi, dan frekuensi) Hasil : P: Pasien mengatakan nyeri dada tembus ke belakang Q: Pasien mengtakan nyeri dada seperti tertekan beban berat R: Nyeri dirasakan pada dada sebelah kiri S: Pasien mengatakan skala nyeri 6 T: Pasien mengatakan nyeri	Jeane

			bertambah ketika beraktivitas	
	I	08.45	Memonitor EKG 12 sadapan untuk perubahan ST dan T Hasil : ST Depresi Miokard Infark pada V4,V5,V6	Jeane
	I	08.50	Memonitor enzim jantung (mis: CK, CK-MB, Troponin T, Troponin I) Hasil : Troponin T 56.0	Jeane
	IV	09.00	Memonitor kelelahan fisik dan emosional Hasil: Pasien mengatakan mudah lelah dan sesak jika melakukan aktivitas.	Jeane
	I	09.05	Melakukan kolaborasi pemberian obat untuk mencegah manuever valsava (Laxadine) Hasil : Pasien di berikan laxadine syrup 30 ml, pasien BAB dengan konsistensi cair	Jeane
	III	09.15	Mengidentifikasi penyebab kemungkinan hiperglikemia Hasil : Pasien mengatakan kurang mengontrol pola makannya pasien suka makan gorengan,dan nasi dalam porsi besar, pasien suka makan manis	Jeane

	II	09.20	Mengajarkan teknik batuk efektif Hasil : Tampak pasien dapat melakukan teknik batuk efektif sesuai instruksi dari perawat	Jeane
	I	09.30	Menganjurkan menghindari manuver Valsava mendedan saat BAB atau batuk Hasil : Pasien memahami edukasi yang diberikan	Jeane
	IV	09.40	Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Hasil : Pasien mengalami CHF (Gagal Jantung Kongestif)	Jeane
	I	10.00	Melakukan pemberian terapi relaksasi benson Hasil : - Pasien mengatakan masi merasa nyeri dada - Tampak pasien masi mengeluh nyeri - Skala nyeri 5	Jeane
	IV	10.40	Menganjurkan pasien melakukan aktivitas sesuai NYHA III Hasil : Tampak pasien memahami dan bersedia mengikuti anjuran.	Jeane
	IV	10.50	Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama	Jeane

			melakukan aktivitas Hasil : Pasien mengatakan merasa sesak napas dan nyeri dada saat melakukan aktivitas.	
	III	11.00	Mengajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin) Hasil : Tampak pasien memahami dan mampu melakukan pemberian insulin.	Jeane
	III	11.20	Menganjurkan kepatuhan diet Hasil : Pasien mengatakan memahami penting mengikuti diet yang dianjurkan.	Jeane
	IV	11.30	Mengajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Hasil : Pasien dianjurkan untuk beristirahat cukup, menghindari aktivitas berat, dan mengatur pola aktivitas.	Jeane
	IV	11.40	Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan Hasil : Tampak pasien lebih tenang dan tidak terfokus pada rasa nyeri.	Jeane
	IV	12.00	Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya,	Jeane

			suara, kunjungan) Hasil : Pengunjung pasien minimal 2 orang	
	III	12.10	Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan Hasil : Pasien diberikan makanan sesuai dengan diet yang dianjurkan	Jeane
	I	13.10	Melakukan kolaborasi pemberian antiplatelet (CPG) Hasil : Pasien di berikan CPG / 75 mg/ oral, tampak meringis pasien berkurang	Jeane
	II	13.10	Melakukan kolaborasi pemberian mukolitik Hasil : Tampak pasien diberikan obat Acethylcistein 200 ml sesudah makan. Tampak pasien mampu mengeluarkan dahak berwarna putih kental.	Jeane
	I	13.10	Melakukan pemberian antiplatelet Hasil : Tampak pasien diberikan obat Aspilet 80 mg/oral dan Clopidogrel 75 mg/oral.	Jeane
	I	13.20	Mempertahankan tirah baring minimal 12 jam	Jeane

			Hasil : Tampak pasien tirah baring dengan posisi fowler	
	I,II	14.00	Melakukan pemeriksaan TTV Hasil : TD : 162/100 mmHg N : 120x/menit P : 28x/menit SPO2 : 99% S : 36,5°C	Ireni
	II	14.10	Memonitor pola napas (frekuensi, usaha napas) Hasil: – Frekuensi pernapasan : 30x/menit – Tampak pasien menggunakan napas dalam	Ireni
	II	14.15	Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) Hasil : Terdengar suara napas ronki pada ICS 4 dan 5 kedua lapang paru.	Ireni
	II	14.20	Memberikan posisikan semi-Fowler atau Fowler Hasil : Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dengan posisi semi fowler.	Ireni
	I	14.30	Memberikan oksigen, jika perlu Hasil: Tampak pasien terpasang O2	Ireni

			nasal kanul 4 liter, SPO2 97%. Pasien merasa lebih nyaman.	
	I	14.40	Memonitor status hidrasi Hasil : Tampak CRT >3 detik. Pasien mengatakan sering merasa haus.	Ireni
	I	15.00	Mengidentifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan Pereda, kualitas, lokasi, radiasi, skala, durasi, dan frekuensi) Hasil : P: Pasien mengatakan nyeri dada tembus ke belakang Q: Pasien mengatakan nyeri dada seperti tertusuk R: Nyeri dirasakan pada dada sebelah kiri S: Pasien mengatakan skala nyeri 5 T: Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika beraktivitas	Ireni
	IV	15.10	Memonitor kelelahan fisik dan emosional Hasil: pasien mengatakan merasa lelah padahal tidak berjalan, pasien juga mengatakan bosan dirumah sakit, namun tidak mampu melakukan apapun.	Ireni
	III	15.20	Mengidentifikasi penyebab	Ireni

			kemungkinan hiperglikemia Hasil : Pasien mengatakan kurang mengontrol pola makannya pasien suka makan gorengan,dan nasi dalam porsi besar, pasien suka makan manis	
	II	15.30	Mengajarkan teknik batuk efektif Hasil : Tampak pasien dapat melakukan teknik batuk efektif sesuai instruksi dari perawat	Ireni
	I	15.40	Menganjurkan menghindari manuver Valsava mendedan saat BAB atau batuk Hasil : Pasien memahami edukasi yang diberikan.	Ireni
	IV	15.50	Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Hasil : Pasien mengalami CHF (Gagal Jantung Kongestif)	Ireni
	IV	16.00	Menganjurkan pasien melakukan aktivitas secara bertahap. Hasil : Tampak pasien memahami dan bersedia mengikuti anjuran.	Ireni
	IV	16.10	Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas	Ireni

			Hasil : Pasien mengatakan merasa sesak napas dan nyeri dada saat melakukan aktivitas.	
	I	16.20	Melakukan pemberian terapi relaksasi benson Hasil : - Pasien mengatakan masi merasa nyeri dada - Tampak pasien masi mengeluh nyeri - Skala nyeri 4	Ireni
	III	17.00	Mengajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin) Hasil : Tampak pasien memahami dan mampu melakukan pemberian insulin.	Ireni
	IV	17.10	Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan Hasil : Tampak pasien lebih tenang dan tidak terfokus pada rasa nyeri.	Ireni
	IV	17.15	Mengajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Hasil : Pasien dianjurkan untuk beristirahat cukup, menghindari aktivitas berat, dan mengatur pola aktivitas.	Ireni

	IV	17.20	Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) Hasil : Pengunjung pasien minimal 2 orang	Ireni
	I	18.00	Melakukan kolaborasi pemberian cairan IV (NaCl 0,9%) Hasil : Pasien di berikan cairan Nacl 0,9% dengan 20 tpm.	Ireni
	III	18.30	Memonitor kadar glukosa darah Hasil : GDS 165 mg /dl	Ireni
	III	18.55	Melakukan kolaborasi pemberian insulin Hasil : Pasien diberikan sansuline rapid 4 unit. Tampak gula darah pasien lebih terkontrol	Ireni
	III	19.00	Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan Hasil : Pasien diberikan makanan sesuai dengan diet yang dianjurkan	Ireni
	II	19.30	Melakukan kolaborasi pemberian mukolitik Hasil : Tampak pasien diberikan obat Acethylcistein 200 ml sesudah makan. Tampak pasien mampu	Ireni

			mengeluarkan dahak berwarna putih kental.	
	I	20.00	Mempertahankan tirah baring minimal 12 jam Hasil : Tampak pasien tirah baring dengan posisi fowler	Ireni
	I	21.00	Memonitor intake input dan output cairan Hasil : Balance cairan = Input – (output+ IWL) = 2.040 – (390+840) = 2.040 – 1.230 = 810cc/jam	Ireni
07/02/2026	II	07.30	Memonitor pola napas (frekuensi, usaha napas) Hasil: – Frekuensi pernapasan : 30x/menit – Tampak pasien menggunakan napas dalam	Jeane
	III	07.30	Memonitor kadar glukosa darah Hasil : GDP 131mg /dl	Jeane
	III	07.35	Melakukan kolaborasi pemberian insulin Hasil : Pasien diberikan sansuline rapid 4 unit Tampak gula darah	Jeane

			pasien lebih terkontrol	
	II	07.38	Melakukan kolaborasi pemberian mukolitik Hasil : Tampak pasien diberikan obat Acethylcistein 200 ml sesudah makan. Tampak pasien mampu mengeluarkan dahak berwarna putih kental.	Jeane
	II	07.40	Memonitor sputum (wama, aroma) Hasil: Tampak warna sputum putih bening dan tidak berbau.	Jeane
	II	07.45	Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) Hasil : Terdengar suara napas ronki pada ICS 4 dan 5 kedua lapang paru.	Jeane
	II	07.48	Memberikan posisikan semi-Fowler atau Fowler Hasil : Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dengan posisi semi fowler	Jeane
	I.II	08.00	Melakukan pemeriksaan TTV Hasil : TD : 130/90 mmHg N : 96x/menit P : 26x/menit SPO2 : 97%	Jeane

			S : 36,7	
	II	08.10	Memberikan oksigen, jika perlu Hasil: Tampak pasien terpasang O2 nasal kanul 4 liter, SPO2 90% menjadi 96%. Pasien merasa lebih nyaman	Jeane
	I	08.16	Memonitor status hidrasi Hasil : Tampak CRT >3 detik. Pasien mengatakan sering merasa haus.	Jeane
	I	08.20	Memasang akses intravena Hasil :Tampak pasien terpasang infus 2 line	Jeane
	I	08.25	Melakukan kolaborasi pemberian cairan IV (NaCl 0,9%) Hasil : Pasien di berikan cairan Nacl 0,9% dengan 20 tpm.	Jeane
	I	08.30	Memberikan diuretik, furosemide Hasil : Pemberian furosemide 40 mg/12 jam. Observasi urin 500cc, tampak pasien merasa sedikit sesak.	Jeane
	I	08.40	Mengidentifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan Pereda, kualitas, lokasi, radiasi, skala, durasi, dan frekuensi)	Jeane

			Hasil : P: Pasien mengatakan nyeri dada tembus ke belakang Q: Pasien mengatakan nyeri dada seperti tertekan beban berat R: Nyeri dirasakan pada dada sebelah kiri S: Pasien mengatakan skala nyeri 4 T: Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika beraktivitas	
	I	08.45	Memonitor EKG 12 sadapan untuk perubahan ST dan T Hasil : ST Depresi Miokard Infark pada V4,V5,V6	Jeane
	I	08.50	Memonitor enzim jantung (mis: CK, CK-MB, Troponin T, Troponin I) Hasil : Troponin T 56.0	Jeane
	IV	09.00	Memonitor kelelahan fisik dan emosional Hasil: Pasien mengatakan mudah lelah jika melakukan aktivitas	Jeane
	I	09.05	Melakukan kolaborasi pemberian obat untuk mencegah maneuver	Jeane

			valsava (Laxadine) Hasil : Pasien di berikan laxadine syrup 30 ml, pasien BAB dengan konsistensi cair	
	III	09.15	Mengidentifikasi penyebab kemungkinan hiperglikemia Hasil : Pasien mengatakan kurang mengontrol pola makannya pasien suka makan gorengan,dan nasi dalam porsi besar, pasien suka makan manis	
	II	09.20	Mengajarkan teknik batuk efektif Hasil : Tampak pasien dapat melakukan teknik batuk efektif sesuai instruksi dari perawat	Jeane
	I	09.30	Menganjurkan menghindari manuver Valsava mendedan saat BAB atau batuk Hasil : Pasien memahami edukasi yang diberikan	Jeane
	IV	09.40	Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Hasil : Pasien mengalami CHF (Gagal Jantung Kongestif)	Jeane
	I	10.00	Melakukan pemberian terapi	Jeane

			relaksasi benson Hasil : - Pasien mengatakan masi merasa nyeri dada - Tampak pasien masi mengeluh nyeri - Skala nyeri 3	
	IV	10.40	Menganjurkan pasien melakukan aktivitas sesuai NYHA III Hasil : Tampak pasien memahami dan bersedia mengikuti anjuran.	Jeane
	IV	10.50	Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Hasil : Pasien mengatakan merasa sesak napas dan nyeri dada saat melakukan aktivitas.	Jeane
	III	11.00	Mengajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin) Hasil : Tampak pasien memahami dan mampu melakukan pemberian insulin.	Jeane

	III	11.20	Menganjurkan kepatuhan diet Hasil : Pasien mengatakan memahami penting mengikuti diet yang dianjurkan.	Jeane
	IV	11.30	Mengajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Hasil : Pasien dianjurkan untuk beristirahat cukup, menghindari aktivitas berat, dan mengatur pola aktivitas.	Jeane
	IV	11.40	Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan Hasil : Tampak pasien lebih tenang dan tidak terfokus pada rasa nyeri.	Jeane
	IV	12.00	Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) Hasil : Pengunjung pasien minimal 2 orang	Jeane
	III	12.10	Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan Hasil : Pasien diberikan makanan sesuai dengan diet yang dianjurkan	Jeane
	I	13.10	Melakukan kolaborasi pemberian antiplatelet (CPG)	Jeane

			Hasil : Pasien di berikan CPG / 75 mg/ oral tampak meringis pasien berkurang	
	II	13.10	Melakukan kolaborasi pemberian mukolitik Hasil : Tampak pasien diberikan obat Acethylcistein 200 ml sesudah makan. Tampak pasien mampu mengeluarkan dahak berwarna putih kental.	Jeane
	I	13.10	Melakukan pemberian antiplatelet Hasil : Tampak pasien diberikan obat Aspilet 80 mg/oral dan Clopidogrel 75 mg/oral.	Jeane
	I	13.20	Mempertahankan tirah baring minimal 12 jam Hasil : Tampak pasien tirah baring dengan posisi fowler	Jeane
	I,II	14.00	Melakukan pemeriksaan TTV Hasil : TD : 145/87 mmHg N : 102x/menit P : 26x/menit SPO2 : 99% S : 36,5°C	Ireni
	II	14.10	Memonitor pola napas (frekuensi, usaha napas) Hasil: – Frekuensi pernapasan :	Ireni

			30x/menit – Tampak pasien menggunakan napas dalam	
	II	14.15	Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) Hasil : Terdengar suara napas ronki pada ICS 4 dan 5 kedua lapang paru.	Ireni
	II	14.20	Memberikan posisikan semi-Fowler atau Fowler Hasil : Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dengan posisi semi fowler.	Ireni
	I	14.30	Memberikan oksigen, jika perlu Hasil: Tampak pasien terpasang O2 nasal kanul 4 liter, SPO2 97%. Pasien merasa lebih nyaman.	Ireni
	I	14.40	Memonitor status hidrasi Hasil : Tampak CRT >3 detik. Pasien mengatakan sering merasa haus.	Ireni
	I	15.00	Mengidentifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan Pereda, kualitas, lokasi, radiasi, skala, durasi, dan frekuensi) Hasil : P: Pasien mengatakan nyeri	Ireni

			dada tembus ke belakang Q: Pasien mengatakan nyeri dada seperti tertusuk R: Nyeri dirasakan pada dada sebelah kiri S: Pasien mengatakan skala nyeri 3 T: Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika beraktivitas	
	IV	15.10	Memonitor kelelahan fisik dan emosional Hasil: pasien mengatakan merasa lelah padahal tidak berjalan, pasien juga mengatakan bosan dirumah sakit, namun tidak mampu melakukan apapun.	Ireni
	III	15.20	Mengidentifikasi penyebab kemungkinan hiperglikemia Hasil : Pasien mengatakan kurang mengontrol pola makannya pasien suka makan gorengan,dan nasi dalam porsi besar, pasien suka makan manis	Ireni
	II	15.30	Mengajarkan teknik batuk efektif Hasil : Tampak pasien dapat melakukan teknik batuk efektif sesuai instruksi dari perawat	Ireni
	I	15.40	Menganjurkan menghindari manuver Valsava mendedan saat	Ireni

			BAB atau batuk Hasil : Pasien memahami edukasi yang diberikan	
	IV	15.50	Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Hasil : Pasien mengalami CHF (Gagal Jantung Kongestif)	Ireni
	IV	16.00	Menganjurkan pasien melakukan aktivitas secara bertahap. Hasil : Tampak pasien memahami dan bersedia mengikuti anjuran.	Ireni
	IV	16.10	Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Hasil : Pasien mengatakan merasa sesak napas dan nyeri dada saat melakukan aktivitas.	Ireni
	I	16.20	Melakukan pemberian terapi benson Hasil : - Pasien mengatakan masi merasa nyeri dada - Tampak pasien masi mengeluh	Ireni

			nyeri - Skala nyeri 3	
	III	17.00	Mengajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin) Hasil : Tampak pasien memahami dan mampu melakukan pemberian insulin.	Ireni
	IV	17.10	Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan Hasil : Tampak pasien lebih tenang dan tidak terfokus pada rasa nyeri.	Ireni
	IV	17.15	Mengajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Hasil : Pasien dianjurkan untuk beristirahat cukup, menghindari aktivitas berat, dan mengatur pola aktivitas.	Ireni
	IV	17.20	Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) Hasil : Pengunjung pasien minimal 2 orang	Ireni
	I	18.00	Melakukan kolaborasi pemberian cairan IV (NaCl 0,9%) Hasil : Pasien di berikan cairan Nacl	Ireni

			0,9%.	
	III	18.40	Memonitor kadar glukosa darah Hasil : GDS : 186 mg /dl	Ireni
	III	18.55	Melakukan kolaborasi pemberian insulin Hasil : Pasien diberikan sansuline rapid 4 unit. Tampak gula darah lebih terkontrol.	Ireni
	III	19.00	Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan Hasil : Pasien diberikan makanan sesuai dengan diet yang dianjurkan	Ireni
	II	19.30	Melakukan kolaborasi pemberian mukolitik Hasil : Tampak pasien diberikan obat Acethylcistein 200 ml sesudah makan. Tampak pasien mampu mengeluarkan dahak berwarna putih kental.	Ireni
	I	20.00	Mempertahankan tirah baring minimal 12 jam Hasil : Tampak pasien tirah baring dengan posisi fowler	Ireni
	I	21.00	Memonitor intake input dan output cairan	Ireni

			Hasil : Balance cairan = Input – (output+ IWL) = 1.800 – (500+840) =1.800 – 1.150 =650 cc/jam	
08/02/2026	II	07.30	Memonitor pola napas (frekuensi, usaha napas) Hasil: – Frekuensi pernapasan : 30x/menit – Tampak pasien menggunakan napas dalam	Ireni
	III	07.30	Memonitor kadar glukosa darah Hasil : GDP 126 mg /dl	Ireni
	III	07.35	Melakukan kolaborasi pemberian insulin Hasil : Pasien diberikan sansuline rapid 4 unit. Tampak gula darah lebih terkontrol.	Ireni
	II	07.38	Melakukan kolaborasi pemberian mukolitik Hasil : Tampak pasien diberikan obat Acethylcistein 200 ml sesudah makan. Tampak pasien mampu	Ireni

			mengeluarkan dahak berwarna putih kental.	
	II	07.40	Memonitor sputum (wama, aroma) Hasil: Tampak warna sputum putih bening dan tidak berbau.	Ireni
	II	07.45	Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) Hasil : Terdengar suara napas ronki pada ICS 4 dan 5 kedua lapang paru.	Ireni
	II	07.48	Memberikan posisikan semi-Fowler atau Fowler Hasil : Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dengan posisi semi fowler	Ireni
	I.II	08.00	Melakukan pemeriksaan TTV Hasil : TD : 139/90 mmHg N : 94x/menit P : 27x/menit SPO2 : 97% S : 36,3	Ireni
	II	08.10	Memberikan oksigen, jika perlu Hasil: Tampak pasien terpasang O2 nasal kanul 4 liter, SPO2 90% menjadi 96%. Pasien merasa lebih nyaman	Ireni

	I	08.16	Memonitor status hidrasi Hasil : Tampak CRT >3 detik. Pasien mengatakan sering merasa haus.	Ireni
	I	08.20	Memasang akses intravena Hasil :Tampak pasien terpasang infus 2 line	Ireni
	I	08.25	Melakukan kolaborasi pemberian cairan IV (NaCl 0,9%) Hasil : Pasien di berikan cairan Nacl 0,9% dengan 20 tpm.	Ireni
	I	08.30	Memberikan diuretik, furosemide Hasil : Pemberian furosemide 40 mg/12 jam,. Observasi urin 600cc, pasien merasa sesak berkurang	Ireni
	I	08.40	Mengidentifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan Pereda, kualitas, lokasi, radiasi, skala, durasi, dan frekuensi) Hasil : P: Pasien mengatakan nyeri dada tembus ke belakang Q: Pasien mengtakan nyeri dada seperti tertekan beban berat R: Nyeri dirasakan pada	Ireni

			dada sebelah kiri S: Pasien mengatakan skala nyeri 3 T: Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika beraktivitas	
	I	08.45	Memonitor EKG 12 sadapan untuk perubahan ST dan T Hasil : ST Depresi Miokard Infark pada V4,V5,V6	Ireni
	I	08.50	Memonitor enzim jantung (mis: CK, CK-MB, Troponin T, Troponin I) Hasil : Troponin T 56.0	Ireni
	IV	09.00	Memonitor kelelahan fisik dan emosional Hasil: Pasien mengatakan mudah lelah jika melakukan aktivitas	Ireni
	I	09.05	Melakukan kolaborasi pemberian obat untuk mencegah manuever valsava (Laxadine) Hasil : Pasien di berikan laxadine syrup 30 ml, pasien BAB dengan konsistensi cair	Ireni
	III	09.15	Mengidentifikasi penyebab kemungkinan hiperglikemia Hasil : Pasien mengatakan kurang mengontrol pola makannya pasien	Ireni

			suka makan gorengan,dan nasi dalam porsi besar, pasien suka makan manis	
	II	09.20	Mengajarkan teknik batuk efektif Hasil : Tampak pasien dapat melakukan teknik batuk efektif sesuai instruksi dari perawat	Ireni
	I	09.30	Menganjurkan menghindari manuver Valsava mendedan saat BAB atau batuk Hasil : Pasien memahami edukasi yang diberikan	Ireni
	IV	09.40	Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Hasil : Pasien mengalami CHF (Gagal Jantung Kongestif)	Ireni
	I	10.00	Melakukan pemberian terapi relaksasi benson Hasil : - Pasien mengatakan masi merasa nyeri dada - Tampak pasien nyeri berkutsng	Ireni
	IV	10.40	Menganjurkan pasien melakukan aktivitas secara bertahap.	Ireni

			Hasil : Tampak pasien memahami dan bersedia mengikuti anjuran.	
	IV	10.50	Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Hasil : Pasien mengatakan merasa sesak napas dan nyeri dada saat melakukan aktivitas.	Ireni
	III	11.00	Mengajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin) Hasil : Tampak pasien memahami dan mampu melakukan pemberian insulin.	Ireni
	III	11.20	Menganjurkan kepatuhan diet Hasil : Pasien mengatakan memahami penting mengikuti diet yang dianjurkan.	Ireni
	IV	11.30	Mengajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Hasil : Pasien dianjurkan untuk beristirahat cukup, menghindari aktivitas berat, dan mengatur pola aktivitas.	Ireni

	IV	11.40	Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan Hasil : Tampak pasien lebih tenang dan tidak terfokus pada rasa nyeri.	Ireni
	IV	12.00	Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) Hasil : Pengunjung pasien minimal 2 orang	Ireni
	III	12.10	Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan Hasil : Pasien diberikan makanan sesuai dengan diet yang dianjurkan	Ireni
	I	13.10	Melakukan kolaborasi pemberian antiplatelet (CPG) Hasil : Pasien di berikan CPG / 75 mg/ oral tampak meringis pasien berkurang	Ireni
	II	13.10	Melakukan kolaborasi pemberian mukolitik Hasil : Tampak pasien diberikan obat Acethylcistein 200 ml sesudah makan. Tampak pasien mampu mengeluarkan dahak berwarna putih kental.	Ireni

	I	13.10	Melakukan pemberian antiplatelet Hasil : Tampak pasien diberikan obat Aspilet 80 mg/oral dan Clopidogrel 75 mg/oral.	Ireni
	I	13.20	Mempertahankan tirah baring minimal 12 jam Hasil : Tampak pasien tirah baring dengan posisi fowler	Ireni
	I,II	14.00	Melakukan pemeriksaan TTV Hasil : TD : 125/85 mmHg N : 87x/menit P : 25x/menit SPO2 : 99% S : 36,5°C	Jeane
	II	14.10	Memonitor pola napas (frekuensi, usaha napas) Hasil: – Frekuensi pernapasan : 30x/menit – Tampak pasien menggunakan napas dalam	Jeane

	II	14.15	Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) Hasil : Terdengar suara napas ronki pada ICS 4 dan 5 kedua lapang paru.	Jeane
	II	14.20	Memberikan posisikan semi-Fowler atau Fowler Hasil : Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dengan posisi semi fowler.	Jeane
	I	14.30	Memberikan oksigen, jika perlu Hasil: Tampak pasien terpasang O2 nasal kanul 4 liter, SPO2 97%. Pasien merasa lebih nyaman.	Jeane
	I	14.40	Memonitor status hidrasi Hasil : Tampak CRT >3 detik. Pasien mengatakan sering merasa haus.	Jeane
	I	15.00	Mengidentifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan Pereda, kualitas, lokasi, radiasi, skala, durasi, dan frekuensi) Hasil : P: Pasien mengatakan nyeri dada tembus ke belakang	Jeane

			Q: Pasien mengatakan nyeri dada seperti tertekan beban berat R: Nyeri dirasakan pada dada sebelah kiri S: Pasien mengatakan skala nyeri 2 T: Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika beraktivitas	
	IV	15.10	Memonitor kelelahan fisik dan emosional Hasil: pasien mengatakan merasa lelah padahal tidak berjalan, pasien juga mengatakan bosan dirumah sakit, namun tidak mampu melakukan apapun.	Jeane
	III	15.20	Mengidentifikasi penyebab kemungkinan hiperglikemia Hasil : Pasien mengatakan kurang mengontrol pola makannya pasien suka makan gorengan,dan nasi dalam porsi besar, pasien suka makan manis	Jeane
	II	15.30	Mengajarkan teknik batuk efektif Hasil : Tampak pasien dapat melakukan teknik batuk efektif sesuai instruksi dari perawat	Jeane

	I	15.40	Menganjurkan menghindari manuver Valsava mendedan saat BAB atau batuk Hasil : Pasien memahami edukasi yang	Jeane
	IV	15.50	Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Hasil : Pasien mengalami CHF (Gagal Jantung Kongestif)	Jeane
	IV	16.00	Menganjurkan pasien melakukan aktivitas secara bertahap. Hasil : Tampak pasien memahami dan bersedia mengikuti anjuran.	Jeane
	IV	16.10	Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Hasil : Pasien mengatakan merasa sesak napas dan nyeri dada saat melakukan aktivitas.	Jeane
	I	16.20	Melakukan pemberian terapi relaksasi relaksasi benson Hasil : - Pasien mengatakan masi merasa nyeri dada	Jeane

			- Tampak pasien nyeri berkurang	
	III	17.00	Mengajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin) Hasil : Tampak pasien memahami dan mampu melakukan pemberian insulin.	Jeane
	IV	17.10	Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan Hasil : Tampak pasien lebih tenang dan tidak terfokus pada rasa nyeri.	Jeane
	IV	17.15	Mengajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Hasil : Pasien dianjurkan untuk beristirahat cukup, menghindari aktivitas berat, dan mengatur pola aktivitas.	Jeane
	IV	17.20	Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) Hasil : Pengunjung pasien minimal 2 orang	Jeane
	I	18.00	Melakukan kolaborasi pemberian cairan IV (NaCl 0,9%) Hasil : Pasien di berikan cairan Nacl 0,9%.	Jeane

	III	18.45	Memonitor kadar glukosa darah Hasil : GDS 130 mg /dl	Jeane
	III	18.55	Melakukan kolaborasi pemberian insulin Hasil : Pasien diberikan sansuline rapid 4 unit Tampak gula darah lebih terkontrol.	Jeane
	III	19.00	Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan Hasil : Pasien diberikan makanan sesuai dengan diet yang dianjurkan	Jeane
	II	19.30	Melakukan kolaborasi pemberian mukolitik Hasil : Tampak pasien diberikan obat Acethylcistein 200 ml sesudah makan. Tampak pasien mampu mengeluarkan dahak berwarna putih kental.	Jeane
	I	20.00	Mempertahankan tirah baring minimal 12 jam Hasil : Tampak pasien tirah baring dengan posisi fowler	Jeane
	I	21.00	Memonitor intake input dan output cairan Hasil : Balance cairan =	Jeane

			$\text{Input} - (\text{output} + \text{IWL})$ $= 1.900 - (600 + 840)$ $= 1.900 - 1440$ $= 540 \text{ cc/jam}$	
--	--	--	---	--

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. R / 33 Tahun

Ruang/Kamar : ICU RS Stella Maris Makassar

Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan

Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Nama Perawat
06/02/2026	Dx I: Penurunan curah jantung d.d perubahan kontraktilitas S: – P : pasien mengatakan nyeri dada tembus ke belakang – Q : pasien mengatakan nyeri dada seperti tertusuk – R : nyeri dirasakan pada dada sebelah kiri – S : pasien mengatakan skala nyeri 5 – T : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika batuk O: – Tampak pasien lelah – Tampak pasien sesak saat baring – Tampak pasien masih edema – Tekanan darah : 162/100 mmHG – Nadi : 120 x/menit – Observasi urin 810 cc A : Penurunan curah jantung belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Perawatan jantung akut - Manajemen cairan	Ireni dan Jeane

	Dx II: Bersihan jalan napas berhubungan dengan Sekresi yang tertahan S: – Pasien mengeluh sesak – Pasien mengatakan sulit mengeluarkan dahak O: – Tampak pasien sesak nafas – Tampak sputum berwarna putih kental – Frekuensi pernapasan 28x/ menit – SPO2 99 % – Terpasang O2 nasal kanul 4 liter/menit A : Bersihan jalan napas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi – Manajemen jalan napas – Terapi oksigen Dx III: Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan toleransi glukosa darah S: – Pasien mengatakan mudah lelah – Pasien mengatakan sering haus – Keluarga mengatakan selama dirumah pasien banyak mengkonsumsi nasi putih O: – Tampak mulut pasien kering – Tampak pasien lemas – GDS : 165 mg/dl A : Ketidaksatbilan glukosa darah belum teratasi	
--	---	--

	P : Lanjutkan intervensi – Manajemen hiperglikemia Dx IV: Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan oksigen S: – Pasien mengeluh sesak dan nyeri dada jika melakukan aktivitas O: – Tampak pasien lemah – Tampak pasien sesak saat melakukan aktivitas – Tampak aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat A : Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan oksigen belum teratasi P : Lanjutkan intervensi – Manajemen energi	
07/02/2026	Dx I : Penurunan curah jantung d.d perubahan kontraktilitas S: – P: pasien mengatakan nyeri dada tembus ke belakang – Q: pasien mengatakan nyeri dada seperti tertusuk – R: nyeri dirasakan pada dada sebelah kiri – S: pasien mengatakan skala nyeri 3 – T: pasien mengatakan nyeri bertambah ketika batuk O: -	Ireni dan Jeane

	– Tampak pasien lelah – Tampak keluhan sesak saat baring berkurang – Tampak pasien masih edema – Tekanan darah : 145/87 mmHg – Nadi : 102 x/menit – Observasi urin 650 cc A: Penurunan curah jantung belum teratasi P: Lanjutkan intervensi – Perawatan jantung akut – Manajemen cairan Dx II: Bersihan jalan napas berhubungan dengan Sekresi yang tertahan S: – Pasien mengeluh sesak mulai berkurang – Pasien mengatakan sulit mengeluarkan dahak O: – Tampak pasien sesak nafas – Tampak sputum berwarna putih kental – Frekuensi pernapasan 26x/ menit – SPO2 99 % – Terpasang O2 nasal kanul 4 liter/menit A : Bersihan jalan napas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi – Manajemen jalan napas – Terapi oksigen Dx III: Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan toleransi glukosa darah	
--	--	--

	S: – Pasien mengatakan mudah lelah – Pasien mengatakan sering haus – Keluarga mengatakan selama dirumah pasien banyak mengkonsumsi nasi putih O: – Tampak mulut pasien kering – Tampak pasien lemas – GDS : 186 mg/dl A: Ketidaksatbilan glukosa darah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi – Manajemen hiperglikemia Dx IV: Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan Oksigen S : – Pasien mengeluh sesak dan nyeri dada jika melakukan aktivitas O : – Tampak pasien lemah – Tampak pasien sesak saat melakukan aktivitas – Tampak aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat A : Intoleransi aktivitas b.d kelemahan belum teratasi P : Lanjutkan intervensi – Manajemen energi	
--	---	--

08/02/2026	Dx I : Penurunan curah jantung d.d perubahan kontraktilitas S: – P: pasien mengatakan nyeri dada tembus ke belakang – Q: pasien mengatakan nyeri dada seperti tertusuk – R: nyeri dirasakan pada dada sebelah kiri – S: pasien mengatakan skala nyeri 2 – T: pasien mengatakan nyeri bertambah ketika batuk O: – Tampak keluhan mudah lelah mulai berkurang – Tampak sesak saat baring mulai berkurang – Tampak pasien edema mulai berkurang – Tekanan darah : 125/85 mmHg – Nadi : 87 x/menit – Observasi urin 540cc A: Penurunan curah jantung belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Perawatan jantung akut - Manajemen cairan Dx II: Bersihan jalan napas berhubungan dengan Sekresi yang tertahan	
------------	--	--

	S: – Pasien mengeluh sesak mulai berkurang – Pasien mengatakan dapat mengeluarkan dahak O: – Tampak pasien sesak mulai berkurang – Tampak produksi sputum mulai berkurang – Frekuensi pernapasan 25x/ menit – SPO2 99 % – Terpasang O2 nasal kanul 4 liter/menit A: Bersihan jalan napas belum teratasi P: Lanjutkan intervensi – Manajemen jalan napas – Terapi oksigen Dx III: Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan toleransi glukosa darah S : – Pasien mengatakan keluhan mudah lelah berkurang – Pasien mengatakan sering haus – Keluarga mengatakan selama dirumah pasien banyak mengkonsumsi nasi putih O : – Tampak mulut pasien kering – Tampak keluhan lemas berkurang – GDS : 130 mg/dl A : Ketidaksatbilan glukosa darah belum teratasi	
--	--	--

	P : Lanjutkan intervensi - Manajemen hiperglikemia Dx IV: Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan oksigen S: - Pasien mengatakan sesak dan nyeri dada jika melakukan aktivitas berkurang O: - Tampak keluhan lemah berkurang - Tampak pasien sesak saat melakukan aktivitas berkurang - Tampak aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat A: Intoleransi aktivitas belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Manajemen energi	
--	--	--

NAMA OBAT

1. Nama obat : Aspilet

- a. Klasifikasi : Golongan obat Antiplatelet
- b. Dosis umum : Dosis umum obat ini adalah 160 mg (tablet)
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan
Dosis obat yang di berikan ke pasien 160 /2 tablet
- d. Cara pemberian obat : Obat ini di berikan melalui oral
- e. Mekanisme kerja fungsi obat :
Obat ini berfungsi untukmengencerkan darah dan mencegah penggumpalan di pembuluh darah dan bekerja dengan menghambat agregasi trombosit selama 7-10 hari serta menghambat kerja prostaglandin
- f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
Untuk mengencerkan darah dan mencegah terjadinya penggumpalan darah di pembuluh darah
- g. Kontraindikasi:
Pasien yang memiliki alergi terhadap asam aseltisalisilat, pasien yang mengalami asma, pasien yang mengalami luka pada dinding lambung, pasien yang mengalami luka perdarahan pada bawah kulit , pasien trombositopenia dan pasien yang mengkonsumsi obat antikoagulan
- h. Efek samping :
Sakit perut, mual, muntah, pusing, gangguan pendengaran, urin berwarna gelap

2. Nama obat : Furosemide

- a. Klasifikasi / golongan obat : Loop diuretik
- b. Dosis umum : 40 mg (tablet)
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : Pasien diberikan 40 mg
- d. Cara pemberian obat Melalui oral dan intravena
- e. Mekanisme kerja dan fungsi kerja :
Cara kerja obat ini dengan menghambat penyerapan kembali zat natrium oleh sel tubulus ginjal, sehingga terjadi peningkatan pengeluaran air, natrium, klorida, dan kalium tanpa mempengaruhi tekanan darah normal dan fungsinya mengobati retensi cairan (edema) dan pembengkakan yang disebabkan oleh gagal jantung kongestif, penyakit hati dan penyakit medis lainnya
- f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Karena pasien mengalami tanda-tanda edema paru dan terjadi edema pada kedua tangan
- g. Kontraindikasi :
Pasien dengan hipersensitivitas pada furosemide dan sulfosemide, pasien gagal ginjal, anuria
- h. Efek samping :
Mual, demam tinggi, sakit tenggorokan, sariawan

3. Nama obat : CPG

- a. Klasifikasi / golongan obat : Antiplatelet
- b. Dosis umum : 75 mg (tablet)
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : Pasien diberikan 75mg 1 tablet
- d. Cara pemberian obat : Melalui oral
- e. Mekanisme kerja dan fungsi kerja :
Cara kerja obat ini menghalangi platelet saling menempel dan mencegah platelet tersebut dari pembentukan gumpalan berbahaya dan berfungsi untuk menurunkan resiko terjadinya stroke dan serangan jantung
- f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
Karena pasien mengalami serangan jantung
- g. Kontraindikasi :
Pasien dengan hipersensitivitas clopidogrel, pasien dengan tukak lambung, perdarahan di mata, saluran cerna, penyakit ginjal, liver, hemofilia, ibu hamil
- h. Efek samping :
Dapat terjadi diare, mudah mengalami memar dan perdarahan, sembelit, nyeri perut

4. Nama obat : Acetylcysteine

- a. Klasifikasi/golongan obat : Obat ini termasuk golongan obat mukolitik.
- b. Dosis umum : 200 mg/3x1
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 200 mg/3x1
- d. Cara pemberian obat : Obat diberikan melalui oral
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
Acetylcysteine bekerja dengan cara mengurai protein pada dahak sehingga dahak menjadi lebih encer dan lebih mudah dikeluarkan saat batuk. Obat ini berfungsi untuk mengencerkan dahak.
- f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
Pasien mengalami batuk berlendir.
- g. Kontraindikasi :Kontraindikasi penggunaan acetylcysteine atau asetilsistein antidot adalah riwayat hipersensitivitas terhadap obat ini
- h. Efek samping obat : mual, muntah, demam, ruam kulit, sakit maag.

5. Nama Obat: Ranitidin

- a. Klasifikasi golongan obat: antagonis reseptor histamine H₂
- b. Dosis umum: 50 mg tiap 6-8 jam
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1 ampul /8jam
- d. Cara pemberian obat: intravena
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat:

Ranitidine bekerja dengan menghambat secara kompetitif kerja reseptor histamine H₂ yang berperan untuk menghambat produksi asam lambung, dapat juga dapat mengatasi GERD dan maag.

- f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: untuk mengurangi produksi asam lambung akibat reaksi obat lain yang diberikan pada pasien
- g. Kontra indikasi: penggunaan pada pasien yang alergi pada obat ini atau sediaannya.
- h. Efek samping oba: sakit kepala, sembelit, diare, mual muntah, sakit perut

6. Nama obat : Sansulin

- a. Klasifikasi / golongan obat : obat yang termasuk dalam golongan insulin
- b. Dosis umum : 0,5 – 1 unit/kgBB/hari
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 4 unit / 4-0-4
- d. Cara pemberian obat : Injeksi subkutan
- e. Mekanisme kerja dan fungsi kerja :

Sansulin (insulin) bekerja dengan membantu glukosa dari darah masuk ke dalam sel tubuh, terutama sel otot dan jaringan lemak, sehingga kadar gula dalam darah menurun. Selain itu, insulin juga merangsang penyimpanan glukosa menjadi glikogen di hati dan otot serta menghambat produksi glukosa di hati, sehingga membantu menjaga kadar gula darah tetap normal. Fungsi obat ini yaitu menurunkan kadar gula darah serta menjaga keseimbangan metabolisme tubuh.
- f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Mengontrol kadar gula darah pada pasien diabetes mellitus.
- g. Kontraindikasi : Hipoglikemia, memiliki alergi terhadap insulin atau komponen obat, gangguan ginjal, gangguan hati.
- h. Efek samping : lemas, pusing, keringat dingin, tremor, jantung berdebar, peningkatan berat badan.

BAB IV PEMBAHASAN

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Pada bab ini penulis akan membahas ada tidaknya kesenjangan yang terjadi antara konsep teori dan praktek asuhan keperawatan pada pasien Pasien dengan inisial Tn. R usia 33 tahun dengan *Congestive Heart Failure* di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Pelaksanaan asuhan keperawatan ini menggunakan proses keperawatan dengan ilmu tahap yaitu: pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian ini merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Data-data diperoleh melalui wawancara langsung ke pada pasien dan keluarga pasien. Observasi tanda – tanda vital Tekanan darah : 172/122 mmHg, Frekuensi nadi : 135x/menit Frekuensi Pernapasan : 30x/menit, Suhu : 36,7, SPO2 : 99%. Dari hasil wawancara pada pasien dan keluarga ditemukan bahwa etiologi utama pada Tn.R yaitu STEMI. Pasien memiliki riwayat penyakit jantung $\pm$ 2 tahun, dan diabetes $\pm$ 10 tahun.

Menurut pembahasan Paramita et al. (2021), diabetes jangka panjang memberi dampak yang parah pada sistem kardiovaskuler. Komplikasi mikrovaskular terjadi akibat penebalan membran basal pembuluh darah kecil. Penyebab penebalan tersebut berkaitan langsung dengan tingginya kadar glukosa dalam darah. Penebalan mikrovaskular menyebabkan iskemia dan penurunan penyaluran oksigen dan zat gizi ke jaringan. Hipoksia kronis secara langsung merusak dan menghancurkan sel. Pada sistem makrovaskuler di lapisan endotel arteri akibat hiperglikemia permeabilitas sel endotel meningkat sehingga molekul yang mengandung lemak masuk ke arteri. Kerusakan sel-sel endotel

akan mencetuskan reaksi inflamasi sehingga akhirnya terjadi pengendapan trombosit, makrofag, dan jaringan fibrosa. Penebalan dinding arteri menyebabkan hipertensi yang akan semakin merusak lapisan endotel arteri karena menimbulkan gaya merobek sel endotel. Hal ini sesuai dengan keluhan pasien dimana hasil pemeriksaan GDP pasien 146 mg/dl.

Pada pasien juga ditemukan keluhan sesak nafas dengan frekuensi nafas 30x/menit. Gagal jantung awalnya dapat menyebabkan dyspnea hanya saat beraktivitas, tetapi disfungsi yang lebih parah juga menyebabkan gejala saat istirahat. Pasien CHF pada kasus pun termasuk dalam NYHA 3. Kegagalan ventrikel kiri dalam mencukupi kebutuhan oksigen ke seluruh tubuh (penurunan kardiak output) juga menyebabkan terjadi dyspnea pada pasien. Penurunan cardiac output menyebabkan meningkatnya tekanan akhir diastolik ventrikel kiri dan tekanan atrium kiri. Hal ini akan meningkatkan tekanan di vena pulmonalis sehingga tekanan hidrostatik kapiler paru ikut meningkat menyebabkan peningkatan filtrasi cairan transvaskular dan berakibat menjadi edema pulmonal kardiogenik yang pada pemeriksaan fisik didapati adanya ronkhi basah. Sehingga salah satu tanda paling penting adanya retensi cairan pada gagal jantung kongestif adalah munculnya ronkhi paru. Hal ini sesuai dengan keluhan pasien yaitu batuk berdahak, terdengar suara nafas ronkhi, *echocardiography*: 23%, serta didapatkan edema pada kedua kaki dengan derajat 2 (Hidayatsyah et al., 2024)

Berdasarkan keluhan Tn.R hasil foto thorax menandakan adanya *cardiomegaly*. Data tersebut sejalan dengan salah satu tanda penting dari *Congestive Heart Failure* (CHF) yaitu adanya bunyi jantung S3 atau *gallop* ventrikel akibat kegagalan ventrikel kiri. S3 terdengar pada awal *diastolic* setelah bunyi jantung S2 dan berkaitan dengan periode pengisian ventrikel pasif yang cepat.

Suara S3 ini terdengar paling baik dengan stetoskop yang diletakkan tepat di apeks dan akan lebih baik lagi dengan posisi klien berbaring miring kiri pada akhir ekspirasi. Bunyi jantung S4 dapat terjadi selama *sistolic* atrium di mana darah dipaksa masuk ke ventrikel. Jika ventrikel kaku, kekuatan darah yang memasuki ventrikel akan lebih kuat, dan hasilnya adalah suara benturan pada *diastolic* akhir atau S4 (Darmawan, 2022).

Namun terdapat keluhan kesenjangan pada kasus ini yaitu nyeri dada. Nyeri dada diawali dengan proses aterosklerosis, yaitu penumpukan plak lemak, kolesterol, dan zat lain pada dinding arteri koroner sehingga aliran darah yang membawa oksigen ke miokard menjadi berkurang dan terjadi iskemia miokard. Pada kondisi iskemia, sel-sel otot jantung mengalami kekurangan oksigen dan beralih dari metabolisme aerob menjadi anaerob dan menghasilkan zat-zat yang merangsang reseptor nyeri. Rangsangan tersebut kemudian dihantarkan ke otak dan dirasakan sebagai nyeri dada khas pada iskemia miokard pada pasien PJK (Restiani et al., 2023).

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data dari pengkajian, penulis mengangkat 4 diagnosa keperawatan pada Tn.R sesuai SDKI, yaitu:

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas. Penulis mengangkat diagnosis ini sebagai prioritas karena didapatkan data-data dari pasien yaitu tekanan darah awal pasien masuk 172/122 mmHg, N:135x/menit, pasien pucat, LVEF: 23%, suara jantung *gallop*. Data-data ini mendukung untuk mengangkat diagnosis ini karna sesuai dengan keadaan pasien dan tanda-tanda mayor dan minor pada buku SDKI dan menjadi diagnosis prioritas karena penurunan curah jantung menjadi salah satu masalah utama yang ditemukan pada pasien ditandai dengan pasien sesak,

dan LVEF <40% dan sesuai dengan data mayor dan minor pada SDKI dimana >80% data ditemukan pada pasien yaitu adanya bunyi jantung S3 dan S4, dan *dyspnea* sehingga diagnosis ini dapat layak untuk diangkat.

- b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan secret yang tertahan. Penulis mengangkat diagnosis ini karena saat pengkajian didapatkan data pasien mengatakan batuk berdahak namun sulit untuk mengeluarkan lendirnya, serta mengeluh sesak napas, tampak terpasang nasal kanul 4 liter/menit, terdengar suara ronchi, irama pernapasan takipnea dengan frekuensi pernapasan 30x/menit.
- c. Ketidakseimbangan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah. Saat pengkajian didapatkan data yang menunjukkan bahwa pasien memiliki riwayat diabetes melitus sudah 10 tahun tetapi pasien jarang memeriksa gula darah dan jarang melaksanakan diet rendah gula, tampak mulut pasien kering, rasa haus pasien meningkat, GDS : 146 mg/dl dan telah memenuhi 80% data mayor SIKI.
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Penulis mengangkat diagnosis ini karena didapatkan Pasien mengatakan sesak dan memberat saat beraktivitas sehingga semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga, dan didapatkan juga bahwa pasien berada dalam klasifikasi NYHA III sehingga diagnosis intoleransi aktivitas ini diangkat agar dapat memberikan intervensi terkait dengan aktivitas pasien yang dilakukan sesuai dengan kemampuan pasien menurut klasifikasi NYHA III. Data yang ditemukan pada pasien juga memenuhi syarat terpenuhinya 80% data minor dan mayor sehingga diagnosis intoleransi aktivitas ini dapat diangkat.

e. Terdapat diagnosa kesenjangan pada kasus ini, yaitu :

- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif : Pada kasus Tn.R terdapat keluhan batuk berdahak, pasien sulit mengeluarkan dahaknya, dan terdengar suara napas ronkhi pada ICS 4 dan ICS 5.
- 2) Ketidakstabilan kadar glukosa darah : Pasien mengeluh sering merasa haus, hasil GDP 146 mg/dl, dan HbA1C 12,1%.

3. Intervensi keperawatan

Berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien, penulis membuat perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul, diantaranya sebagai berikut :

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas. Intervensi yang disusun oleh penulis adalah perawatan jantung meliputi Tindakan Observasi: Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung, monitor tekanan darah dan pemberian terapi relaksasi benson, Tindakan Terapeutik: posisikan pasien *semi-fowler* atau dengan kaki kebawah atau posisi nyaman, berikan oksigen untuk dapat mempertahankan saturasi oksigen >94. Tindakan kolaborasi yang di lakukan yaitu di berikan terapi obat antiplatelet dan obat untuk mencegah manuver Valsava.
- b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan secret yang tertahan. Intervensi yang disusun oleh penulis adalah manajemen jalan napas, meliputi tindakan observasi yaitu monitor pola napas, monitor bunyi napas tambahan, monitor sputum. Tindakan terapeutik yaitu memberikan posisi semi-fowler atau fowler, memberikan oksigen nasal kanul 4 liter. Tindakan edukasi yaitu mengajarkan teknik batuk efektif dan

tindakan yaitu kolaborasi pemberian obat mukolitik (Acethylcistein 200 mg /8 jam/ Oral).

- c. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan toleransi glukosa darah. Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3 X 24 jam di harapkan lelah / lesu menurun, rasa haus menurun, mulut kering menurun, kadar glukosa dalam darah membaik. Intervensi yang dilakukan adalah Identifikasi penyebab kemungkinan hiperglikemia, monitor kadar glukosa darah, konsultasi dengan medis apabila ada tanda dan gjejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk, ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin), anjurkan kepatuhan terhadap diet, kolaborasi pemberian insulin dan kolaborasi pemberian cairan intravena.
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Intervensi yang disusun oleh penulis adalah manajemen energi meliputi Tindakan Observasi: monitor kelelahan fisik dan emosional, Tindakan Terapeutik: lakukan latihan rentang pasif atau aktif Tindakan Edukasi: anjurkan tirah baring, anjurkan aktivitas sesuai toleransi, Tindakan Kolaborasi: kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan. Pada diagnosis intoleransi diberikan tindakan untuk menganjurkan aktivitas pasien sesuai toleransi yang disesuaikan dengan klasifikasi NYHA III yaitu penderita penyakit jantung dengan sedikit keterbatasan saat aktivitas.

4. Implementasi

Pada tahap pelaksanaan penulis melakukan tindakan keperawatan yang telah di telah disusun berdasarkan intervensi keperawatan dan terdapat beberapa hambatan saat penuis melakukan implementasi keperawatan implementasi terkait cairan pasien,

pasien memiliki pembatasan seperti pada cairan yang harus diatur. Kendala yang didapatkan yaitu sulit untuk mengatur/mengukur cairan yang harus dikonsumsi pasien. Cairan masuk pada pasien terbagi 3 yaitu cairan infus, cairan yang masuk seperti obat-obat dalam bentuk injeksi, dan cairan oral yaitu cairan yang dikonsumsi pasien. Tidak ada alat untuk mengukur batasan cairan seperti gelas dengan menggunakan cm pengukur mengakibatkan pemberian cairan oral menggunakan teknik kira-kira. Selain itu tidak ada hambatan yang spesifik yang ditemukan ketika pemberian intervensi kepada pasien. Pasien dan keluarga sangat kooperatif dengan perawat. Sesuai EBN penulis, penulis memberikan penerapan terapi benson tujuan sebagai tindakan non-farmakologis untuk menurunkan intensitas atau skala nyeri, meredakan kecemasan, dan menciptakan rasa nyaman. Perawat bekerja sama dengan Keluarga sehingga dapat membantu dalam pemantauan pemberian terapi Benson ini kepada pasien, sehingga dalam proses Implementasi yang dilakukan sebanyak 2x/hari selama 3 hari menunjukkan bahwa setelah diberikan terapi Benson, nyeri pada pasien mengalami penurunan. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa terapi Benson dapat memberikan efek relaksasi sehingga membantu mengurangi persepsi nyeri pada pasien.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan selama 3 hari merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini adapun hasil evaluasi adalah :

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas. Sampai pada perawatan hari ketiga hanya teratasi sebagian karena pasien masih merasa sesak. Terapi relaksasi benson yang diberikan terbukti efektif menurunkan

tingkat nyeri dada pada pasien. Didapatkan bahwa sebelum dilakukan tindakan terapi relaksasi benson, pasien berada pada skala nyeri 6 dan tampak pasien gelisah. Setelah dilakukan terapi relaksasi benson, skala nyeri pasien menjadi menurun yaitu skala 2 dan pasien merasa lebih tenang. Sehingga intervensi terus dilakukan perawatan jantung akut, manajemen cairan, dan pemberian terapi benson masih terus dilakukan.

- b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret. Sampai pada hari ketiga perawatan, masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi. Hal ini ditunjukkan dengan keluhan sesak napas yang masih dirasakan pasien, pasien mulai mampu mengeluarkan sekret, serta frekuensi batuk mulai berkurang setelah dilakukan tindakan keperawatan seperti pemantauan pernapasan, latihan batuk efektif, dan pemberian posisi yang mendukung ventilasi.
- c. Ketidakseimbangan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan metabolisme glukosa. Sampai pada hari ketiga perawatan, masalah ketidakseimbangan kadar glukosa darah teratasi sebagian. Hal ini dibuktikan dengan kadar glukosa darah pasien yang mulai menunjukkan perbaikan dibandingkan dengan hari sebelumnya, serta kondisi umum pasien tampak lebih stabil setelah dilakukan pemantauan kadar glukosa darah dan manajemen diet sesuai dengan intervensi keperawatan.
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. sampai hari ketiga perawatan, penulis menyimpulkan bahwa masalah intoleransi belum teratasi dibuktikan dengan data pasien mengatakan rasa sesak saat beraktivitas mulai berkurang, rasa lelah mulai berkurang dan sebagian aktivitas masih di bantu keluarga dan perawat.

B. Pemberian penerapan *Evidence Based Nursing* (pada tindakan keperawatan)

1. PICO PASIEN

a. P (Population)

Pasien dengan Congestive Heart Failure (CHF) dengan keluhan nyeri dada skala 6.

b. I (Intervention)

Terapi relaksasi benson selama 30 menit.

c. C (Comparison)

Tidak ada intervensi pembandingan dalam penelitian ini.

d. O (Outcome)

Didapatkan tingkat nyeri menurun dari skala nyeri 6 menjadi skala 2 dan pasien merasa lebih tenang.

2. Judul EBN sesuai kasus

Pengaruh efektifitas Terapi Benson terhadap teknik relaksasi

3. Diagnosis Keperawatan

Penurunan curah jantung b.d Perubahan kontraktilitas

4. Luaran yang Diharapkan

a. Frekuensi nadi dalam batas normal (60–100 kali/menit).

b. Tekanan darah dalam batas stabil.

c. Pasien tampak lebih rileks dan tenang.

d. Keluhan sesak napas berkurang.

e. Pasien mampu mengikuti latihan relaksasi dengan baik.

5. Intervensi Prioritas Mengacu pada EBN

Memberikan terapi benson

6. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

a. Pengertian tindakan

Terapi Benson adalah teknik relaksasi sederhana yang mengkombinasikan pernapasan dalam dengan

pengulangan kata atau kalimat yang menenangkan untuk menghasilkan respon relaksasi tubuh. Terapi ini pertama kali diperkenalkan oleh Herbert Benson, seorang dokter dari Harvard Medical School, yang meneliti efek relaksasi terhadap tekanan darah dan stres.

b. Tujuan Pemberian Terapi Benson pada Pasien CHF

- 1) Mengurangi kecemasan pasien
- 2) Membantu pasien mencapai kondisi relaksasi
- 3) Menurunkan ketegangan otot dan stres
- 4) Menstabilkan denyut jantung dan pernapasan
- 5) Meningkatkan kenyamanan pasien dengan CHF

1. PICOT berdasarkan penelitian

Rubrik	Artikel 1	Artikel 2	Artikel 3
Judul Artikel	Penerapan Terapi Relaksasi Benson Untuk Menurunkan Skala Nyeri Pasien dengan Penyakit Jantung Koroner.	Pengaruh Terapi Benson Terhadap Pasien AMI (Acute Myocardial Infark) di Ruang Rawat Inap RSUD Siti Fatimah Provinsi Sumatera Selatan	Implementasi relaksasi benson terhadap nyeri dada pasien CAD (Coronary Artery Disease)
P (Population)	Pada penelitian ini, subjeknya yaitu salah satu pasien dengan diagnosa medis PJK di ruang Mawar RSUD dr. T.C Hillers Maumere.	Pada penelitian ini dilakukan pada 3 pasien dengan kriteria pasien baru yang terdiagnosa AMI di ruang Paviliun Cendana RSUD Siti Fatimah Provinsi Sumatera Selatan	Pada penelitian ini dilakukan pada dua pasien CAD di RSUD Jend. Ahmad Yani Metro.
I (Intervensi)	Peneliti memberikan terapi relaksasi benson yang diawali dengan	Peneliti memberikan terapi relaksasi benson untuk mengurangi skala nyeri pada	Pelaksanaan implementasi relaksasi Benson yang dilakukan 1

	menjelaskan kepada pasien tujuan dilakukan teknik relaksasi benson, lalu meminta persetujuan pasien. menganjurkan pasien memilih posisi yang nyaman, meminta pasien untuk, memejamkan mata, menarik nafas dalam lalu menghembuskan secara perlahan sambil mengucapkan "Dalam Nama Yesus" dilakukan selama 30 menit.	pasien dengan Infark Miocard Akut (IMA) yang mengalami nyeri dada dengan skala nyeri menggunakan Numeratic Rating Scale (NRS). Prosedur relaksasi benson dengan meletakkan pasien pada posisi nyaman seperti supine atau semifowler, perawat meminta pasien untuk meminta kemudian rilek dimulai dari kaki hingga kepala, ajarkan pasien untuk bernafas melalui hidung dan exhale melalui mulut secara perlahan sambil berkata "Astarfirullaazim", hal ini dapat dilakukan selama 30 menit dengan durasi 2-3x/hari. Pada tahap implementasi ini dilakukan selama tiga hari dengan pemeriksaan autoanamnese,	kali sehari selama 2 hari dengan durasi setiap perlakuan 10 menit. Ungkapanyang digunakan berupa nama-nama Tuhan atau kata yang memiliki maknayang menenangkan bagi pasien.
--	--	--	--

		dimana setelah 15-30 menit diberikan terapi benson.	
C (Comparison)	Penelitian ini tidak menggunakan intervensi pembanding.	Penelitian ini tidak menggunakan intervensi pembanding.	Penelitian ini tidak menggunakan intervensi .
O (Outcome)	Hasil evaluasi keperawatan untuk diagnosa keperawatan nyeri akut setelah dilakukan terapi relaksasi benson selama 3 hari dengan durasi waktu 30 menit didapatkan hasil sebagai berikut: Pasien mengatakan sebelum terapi, nyeri skala 6 menurun menjadi nyeri ringan skala nyeri 3,	Intensitas nyeri pada pasien infark miokard sebelum diberikan intervensi relaksasi benson berbeda-beda. Skala nyeri sebelum diberikan intervensi didapatkan bahwa 2 pasien menunjukkan skala nyeri berat (NRS 8). Setelah dilakukan pemberian intervensi, intensitas nyeri berbeda-beda. Didapatkan 2 pasien didapatkan penurunan skala nyeri setelah diberikan intervensi relaksasi benson menjadi nyeri sedang (NRS 6) dan	Implementasi relaksasi Benson yang telah dilakukan dapat menurunkan nyeri dada pada pasien <i>Coronary Artery Disease</i> (CAD), pada hari pertama sebelum implementasi, responden I berada pada skala nyeri 4, responden II berada pada skala nyeri 6. Setelah implementasi dilakukan terapi relaksasi benson selama 2 hari,

	setelah terapi, meringis berkurang, tanda-tanda vital dalam batas normal : Tekanan Darah : 120/70 mmHg, Nadi: 89 x/Menit, Suhu: 37°C, Respirasi Rate: 20 x/menit, SPO2: 90%.	nyeri ringan (NRS 2). Pasien 1, skala nyeri menurun lebih dari pasien hal ini terjadi karena setiap orang mempunyai persepsi terhadap nyeri yang berbeda.	skala nyeri responden menjadi menurun, dimana responden I sudah tidak mengalami nyeri (skala nyeri 0) sementara responden II berada pada skala nyeri 1 .
T (Time)	Penelitian ini dilakukan pada 03-14 Januari 2023 (Legha et al. 2023)	Penelitian ini dilakukan pada bulan Oktober 2022 (Jaya, 2023)	Penelitian ini dilakukan pada bulan Juni 2024 (Agustina et al. 2025)

Pembahasan jurnal :

Berdasarkan analisis terhadap tiga jurnal yang membahas penerapan terapi relaksasi benson pada penyakit kardiovaskuler, diketahui bahwa terapi relaksasi benson memiliki pengaruh yang signifikan terhadap penurunan tingkat nyeri dada pada penyakit kardiovaskuler. *Congestive Heart Failure (CHF)* merupakan kondisi dimana jantung mengalami kegagalan memompa aliran darah yang berguna untuk mencukupi kebutuhan metabolisme sel-sel di dalam tubuh. Penurunan curah jantung yang membuat suplai O₂ ke miokard menurun sehingga menyebabkan nyeri dada pada pasien. Oleh karena itu, diperlukan intervensi yang dapat membantu menurunkan tingkat nyeri pasien. Salah satu intervensi nonfarmakologis yang dapat dilakukan adalah terapi relaksasi benson yang merupakan pengembangan metode respons relaksasi dengan melibatkan faktor keyakinan pasien yang dapat menciptakan suatu lingkungan internal yang tenang. (Restiani et al., 2023)

Pada jurnal pertama yang berjudul Penerapan Terapi Relaksasi Benson Untuk Menurunkan Skala Nyeri Pasien dengan Penyakit Jantung Koroner, penelitian dilakukan pada salah satu pasien dengan diagnosa medis PJK di ruang Mawar RSUD dr. T.C Hillers Maumere. Intervensi yang diberikan berupa terapi relaksasi benson. Terapi dilakukan selama tiga hari dengan durasi 30 menit setiap sesi, dengan teknik relaksasi yang menggabungkan pernapasan dalam dan pengucapan kalimat religius secara berulang. Hasil evaluasi menunjukkan adanya penurunan skala nyeri dari skala 6 menjadi skala 3 setelah dilakukan intervensi. Selain itu, ekspresi meringis pasien berkurang dan tanda-tanda vital berada dalam batas normal. Hal ini menunjukkan bahwa terapi relaksasi Benson mampu memberikan efek relaksasi yang membantu menurunkan persepsi nyeri melalui mekanisme penurunan aktivitas sistem saraf simpatis dan meningkatkan rasa tenang pada pasien penyakit jantung koroner (Legha et al., 2023).

Hasil yang sejalan juga ditemukan pada jurnal kedua yang berjudul Pengaruh Terapi Benson Terhadap Pasien AMI (*Acute Myocardial Infark*) di Ruang Rawat Inap RSUD Siti Fatimah Provinsi Sumatera Selatan. Penelitian ini melibatkan 3 pasien dengan kriteria pasien baru yang terdiagnosa AMI di ruang Paviliun Cendana. Intervensi dilakukan dengan durasi 30 menit sebanyak 2–3 kali per hari selama tiga hari. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebelum dilakukan terapi, sebagian besar pasien mengalami nyeri berat dengan skala NRS 8. Setelah diberikan terapi relaksasi Benson, terjadi penurunan intensitas nyeri menjadi nyeri sedang dan bahkan nyeri ringan pada beberapa pasien. Perbedaan tingkat penurunan nyeri pada masing-masing pasien dipengaruhi oleh persepsi individu terhadap nyeri serta kondisi fisiologis dan psikologis pasien. Teknik relaksasi Benson yang dikombinasikan dengan pengaturan napas dan pengucapan kalimat religius terbukti membantu pasien mencapai kondisi rileks sehingga dapat mengurangi ketegangan dan persepsi nyeri (Jaya, 2023)

Penelitian lain yang mendukung yaitu Implementasi Relaksasi Benson Terhadap Nyeri Dada pada Pasien dengan *Coronary Artery Disease* (CAD) di RSUD Jend. Ahmad Yani Metro. Intervensi dilakukan pada 2 orang responden sebanyak satu kali sehari selama dua hari dengan durasi 10 menit pada dua responden. Teknik relaksasi dilakukan dengan pengaturan napas dan pengucapan kata atau nama Tuhan yang memberikan rasa tenang bagi pasien. Hasil penelitian menunjukkan adanya penurunan skala nyeri yang signifikan, dimana pada hari pertama responden I memiliki skala nyeri 4 dan responden II skala 6. Setelah dua hari implementasi terapi relaksasi Benson, skala nyeri menurun menjadi 0 pada responden I dan 1 pada responden II. Temuan ini menunjukkan bahwa terapi relaksasi benson efektif sebagai intervensi nonfarmakologis dalam menurunkan nyeri dada pada pasien CAD karena mampu menciptakan respons relaksasi yang membantu menurunkan ketegangan serta meningkatkan kenyamanan pasien (Agustina et al. 2025).

Berdasarkan ketiga penelitian tersebut dapat diketahui bahwa terapi relaksasi Benson efektif sebagai intervensi non-farmakologis dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien dengan penyakit kardiovaskular karena mampu menciptakan respons relaksasi yang membantu menurunkan ketegangan serta meningkatkan kenyamanan pasien. Periode relaksasi yang teratur dapat membantu mengurangi ketegangan pada otot dan juga melawan kelelahan. Dengan demikian, penerapan teknik ini dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan maupun oleh perawat sebagai bagian dari asuhan keperawatan untuk membantu menurunkan tingkat nyeri pasien.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Tn.R Usia 33 tahun dengan *CHF* di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian: Pasien dengan inisial Tn. R usia 33 tahun merasakan nyeri pada dada kiri tembus ke belakang, nyeri dirasakan seperti tertusuk dengan skala 6 ketika batuk dan terjadi secara terus-menerus disertai sesak nafas. Saat pengkajian didapatkan pasien merasa sesak, hasil pemeriksaan: JVP 5+3 cmH₂O, terdengar suara napas tambahan ronki dan bunyi gallop S3 dan S4 pada jantung, edema derajat I (2 mm) pada kedua tangan dan kaki, nadi meningkat, foto thoraks *cardiomegaly*,. ST Depresi Miokard Infark pada V4,V5,V6
2. Intervensi keperawatan: dalam rencana keperawatan yang telah penulis susun diantaranya perawatan jantung akut, manajemen cairan, manajemen jalan napas, manajemen hiperglikemia, manajemen energi, yang meliputi tindakan: observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.
3. Implementasi keperawatan: Setelah perawatan selama tiga hari yang dibantu oleh rekan dan perawat, semua implementasi dapat terlaksana dengan baik.
4. Evaluasi keperawatan: Ada 1 diagnosis keperawatan yang teratasi yaitu intoleransi aktivitas, dan ada 3 diagnosis yang tidak teratasi yaitu penurunan curah jantung, sersihan jalan nafas tidak efektif, ketidakstabilan kadar glukosa darah namun intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat ruangan.

5. Penerapan EBN pada pasien Tn.R dengan CHF yaitu pemberian Terapi Relaksasi Benson terbukti efektif pada pasien CHF dengan didapatkan skala nyeri 6 menjadi menurun yaitu skala nyeri 2.

B. Saran

Berdasarkan simpulan di atas, maka penulis menyampaikan beberapa saran yang kiranya bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan yang ditujukan:

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Diharapkan menjadi bahan masukan untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan bagi pelayanan kesehatan khususnya bagi perawat agar dapat menjalankan tugas dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien CHF secara cepat dan tepat.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan agar profesi keperawatan mampu meningkatkan kompetensi dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien CHF dengan menerapkan intervensi berbasis *Evidence-Based Nursing*.

3. Bagi Instansi Pendidikan

Diharapkan dapat menunjang pengetahuan bagi peserta didik dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan CHF.

DAFTAR PUSTAKA

- Adolphus et al. 2023. "Penerapan Terapi Relaksasi Benson Untuk Menurunkan Skala Nyeri Pasien Dengan Penyakit Jantung Koroner." *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat* 10(1):86–92. doi: <https://jurnal.nusanipa.ac.id/index.php/jkkm/article/view/586>
- Agustina, Dela, Sapti Ayubana, and Nuri Lutfiyatil Fitri. 2025. "Implementasi Relaksasi Benson Terhadap Nyeri Dada Pasien Coronary Artery Disease (CAD)." *Jurnal Cendikia Muda* 5:179–85. doi:<https://www.jurnal.akperdharmawacana.ac.id/index.php/JWC/article/view/706>
- Akbar, Roby Rahmadi, Nana Rochana, and Prystia Riana Putri. 2026. "Karakteristik Dyspnea Dan Tekanan Darah Pasien Congestive Heart Failure Di Instalasi Gawat Darurat Characteristics of Dyspnea and Blood Pressure of Congestive Heart Failure Patients in Emergency Departments." *Jurnal Keperawatan Bunda Delima* 8:319–23. doi:<https://journal.bundadelima.ac.id/index.php/jkxbd/article/view/706>
- AmericanHeartAssociation. 2025. "Penyakit Jantung Tetap Menjadi Penyebab Utama Kematian Karena Faktor Risiko Kesehatan Utama Terus Meningkat." *American Heart Association*. Retrieved (<https://newsroom.heart.org/news/heart-disease-remains-leading-cause-of-death-as-key-health-risk-factors-continue-to-rise>).
- Amirah, Winda, Yosi Oktarina, and Putri Irwanti Sari. 2026. "Pengaruh Hand Held Fan Therapy Terhadap Sesak Napas Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) Di Ruang Rawat Inap Jantung RSUD Raden Mattaher Jambi." *Jurnal Kesehatan Dan Pengembangan Terbaru* 7(1):12–23. doi:<https://ejournals.com/ojs/index.php/jkpt>
- Artha, Nugiaswari, Diprabawa, Laksmi, Dewi, Susilowati, Jagannatha, and Antara. 2026. "Risiko Penyakit Kardiovaskular Pada Populasi Dewasa." *Departemen Kardiologi Dan Kedokteran Vaskular, Universitas Udayana* 25:42-47.

doi:<https://ejournal2.unud.ac.id/index.php/bum/article/view/739>

Darmawan. 2022. "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.M Dengan Diagnosa Medis Congestive Heart Failure (CHF) Di Ruang CPU RSPAL Dr.Ramelan Surabaya." 1–88. doi: <https://repository.stikes.hangtuah-sby.ac.id/id/eprint/925/1/2130011>

Febyastuti, Isna Widya, Nur Hafizhah Widyaningtyas, and Eka Dafid Zakaria. 2024. "Studi Kasus: Pursed Lip Breathing Dan Diaphragmatic Breathing Exercise Pada Pasien Congestive Heart Failure Dengan Sesak Napas Di IGD." *Holistic Nursing and Health Science* 6(2):86–95. doi: 10.14710/hnhs.6.2.2023.86-95.

Hasma et al. 2025. "Penerapan Terapi Benson Terhadap Penurunan Nyeri Dada Pada Pasien STEMI." *Excellent Health Journal* 4(1):910. <https://doi.org/10.70437/excellent.v4i1.184>

Hidayatsyah, Mirza, and Emelda. 2024. "Congestive Heart Failure Dan Atrial Fibrilasi." (3). doi:<https://doi.org/10.59680/ventilator.v2i3.1339>.

Jaya. 2023. "Pengaruh Terapi Benson Terhadap Pasien AMI (Acute Myocardial Infark) Di Ruang Rawat Inap." *Lentera Perawat* 4(1):2830–1846.doi:<http://jurnal.stikesalmaarif.ac.id/index.php/lenteraperawat/article/view/195>

Kemendes RI. 2023. "Kenali Jantung Sejak Dini." *Kementerian Kesehatan RI*. Retrieved (<https://kemkes.go.id/id/kenali-gejala-jantung-sejak-dini>).

Octaviani, Yolanda Indri, and Yuni Handayani. 2025. "Anatomi Tubuh Manusia." *Modul Praktikum Anatomi Tubuh Manusia STIKES DR.SOEBAJember*.

doi:<https://repo.uds.ac.id/id/eprint/2730/1/ModulAnatomi2025>.

Paramita et al. 2021. "Hubungan Dislipidemia, Hipertensi Dan Diabetes Melitus Dengan Kejadian Infark Miokard Akut." *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas* 10(1):32–37. doi: 10.24893/jkma.v10i1.160.

Putri, Apriyani Dewi, Iswandi Darwis, Ayu Tiara Fitri, and Putu Ristyaning Ayu Sangging. 2026. "Gagal Jantung Kronis : Tantangan Pengobatan Dan Inovasi Terbaru Dalam Terapi." *Medula* 16(1):194–202.

<https://doi.org/10.53089/medula.v16i1.1711>

- Restiani et al. 2023. "Kegawatdaruratan Primary Dan Secondary Survey Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) Di Rumah Sakit Tk II Putri Hijau Medan." *PubHealth Jurnal Kesehatan Masyarakat* 2(1):30–47. doi: 10.56211/pubhealth.v2i1.322.
- Rosidha, Oktia Amrina, Sapti Ayubbana, and Senja Atika Sari HS. 2026. "Implementasi Teknik Hand Held Fan Terhadap Sesak Napas Pada Pasien Congestive Heart Failure." *Jurnal Cendikia Muda* 6(September).doi:<https://www.jurnal.akperdharmawacana.ac.id/index.php/JWC/article/view/893/609>
- Santram. 2023. Tinjauan Materi "Anatomi Jantung."6–23. doi:<https://repository.poltekkestjk.ac.id/id/eprint/8302/>
- Simanjuntak, Galvani Volta, and Wibowo Hanafi Ari Susanto. 2022. *Keperawatan Kritis*. edited by M. K. Dr. Neila Sulung, S.Pd, Ns. PT.Global Eksekutif Teknologi. doi:<https://www.researchgate.net/publication/371136122>
- WorldHealthOrganization. 2022. "Penyakit Kardiovaskuler." Retrieved ([https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))).

**Lampiran 1 : Standar Operasional Prosedur (SOP) Terapi Relaksasi
Benson**

	Standar Operasional Prosedur (SOP)
Pengertian	Relaksasi Benson menggunakan teknik pernapasan dan menambahkan unsur keyakinan dalam bentuk kata-kata sesuai dengan yang dianut oleh pasien. Kelebihan dari teknik relaksasi Benson tidak menimbulkan efek samping bagi pasien dan mudah untuk dilakukan.
Tujuan	Menurunkan atau mengurangi nyeri, mengendalikan ketegangan otot, dan juga mengendalikan pernapasan.
Waktu	Selama 10 – 15 menit, 1-2 x sehari atau jika nyeri muncul.
Persiapan klien dan lingkungan	1. Identifikasi tingkat nyeri klien 2. Kaji kesiapan klien dan perasaan klien 3. Berikan penjelasan tentang terapi Benson 4. Minta klien mempersiapkan kata-kata yang diyakini 5. Ciptakan lingkungan yang nyaman di sekitar klien
Persiapan Alat	1. Jam Tangan 2. Catatan perkembangan pasien 3. Buku kecil dan Alat tulis
Tahap Orientasi	1. Memberikan salam dan memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur
Prosedur	1. Pasien diatur dalam posisi senyaman mungkin, baik dengan cara duduk atau berbaring agar tidak mengganggu pikiran pasien. 2. Pasien dibimbing agar memejamkan mata dengan rileks dan tidak mengerahkan tenaga yang dapat mengganggu pikiran. 3. Pasien dibimbing agar mampu melemaskan otot-otot tubuh sampai keadaannya rileks. 4. Pasien dilanjutkan untuk melemaskan kepala, leher dan pundaknya.

	5. Posisi lengan dan tangan pada keadaan rileks dan nyaman mungkin serta pasien dianjurkan untuk tidak memegang lutut, kaki atau mengaitkan kedua tangan dengan erat. 6. Pasien ditawarkan untuk memilih kata yang akan diucapkan sesuai dengan keyakinannya 7. Menganjurkan pasien untuk menarik nafas melalui hidung secara perlahan, pusatkan kesadaran pasien pada pengembangan perut, tahanlah napas sebentar sampai hitungan ketiga. 8. Setelah hitungan ketiga keluarkan napas melalui mulut secara perlahan-lahan sambil mengucapkan istighfar dan diulang-ulang dalam hati selama mengeluarkan napas tersebut. 9. Menganjurkan pasien untuk mempertahankan sifat pasif. Sifat pasif merupakan aspek penting dalam membangkitkan respon relaksasi, anjurkan pasien untuk tetap berpikir tenang.
Terminasi	1. Observasi skala nyeri setelah intervensi 2. Ucapkan salam
Dokumentasi	Catat hasil observasi di dalam catatan perkembangan klien

LEMBAR KONSULTASI

Nama : 1. Ireni Riskianti (NS2514901033)
 2. Jeane Marlen Malawau (NS2514901034)
 Program Studi : Profesi Ners
 Judul KIA : Asuhan keperawatan pada pasien dengan
Congestive Heart Failure (CHF) di Ruang *Intensive
 Care Unit* Rumah Sakit Stella Maris Makassar
 Pembimbing : Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep

No	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Tanda Tangan		
			Penulis		Pembimbing
			I	II	
1	Rabu, 04/02/2026	Laporan kasus			
2	Kamis, 05/02/2026	Konsultasi hasil pengkajian			
3	Jumat, 06/02/2026	Konsultasi revisi pengkajian: - Lengkapi data pengkajian			
4	Senin, 09/03/2026	Konsultasi Analisa data, diagnosa dan intervensi keperawatan			
5	Kamis, 26/02/2026	Konsultasi revisi Analisa data, diagnosa dan intervensi keperawatan			
6	Selasa, 10/03/2026	konsultasi implementasi dan evaluasi			
7	Rabu, 11/03/2026	Konsultasi revisi implementasi, EBN dan BAB IV			
8	Senin, 16/03/2026	Konsultasi perbaikan BAB IV dan perbaikan			

LEMBAR KONSULTASI

Nama : 1. Ireni Riskianti (NS2514901033)
 2. Jeane Marlen Malawau (NS2514901034)
 Program Studi : Profesi Ners
 Judul KIA : Asuhan keperawatan pada pasien dengan
Congestive Heart Failure (CHF) di Ruang *Intensive*
Care Unit Rumah Sakit Stella Maris Makassar
 Pembimbing : Mery Solon, Ns., M.Kes

No	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Tanda Tangan		
			Penulis		Pembimbing
			I	II	
1	Senin, 10/03/2026	Konsul BAB I DAN BAB II			
2	Senin, 17/03/2026	Konsul revisi BAB I dan BAB II - Revisi data prevalensi - Anatomi jantung			
3	Selasa, 24/03/2026	Konsul Revisi BAB II - Revisi discharge planning			

RIWAYAT HIDUP



I. Identitas Pribadi

Nama : Ireni Riskianti
Tempat/ Tanggal Lahir : Bontang, 23 Oktober 2003
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jl. Mallombassang 18B

II. Identitas Orang Tua

Nama Ayah/Ibu : Yosep Payuk / Jeni Palayukan
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Wiraswasta / Ibu Rumah Tangga
Alamat : Jl. Pontianak 4 No.01

III. Pendidikan yang Telah Ditempuh

TK Galilea : 2007 - 2009
SD Galilea : 2009 - 2015
SMP YPVDP : 2015 - 2018
SMA Negeri 2 Bontang : 2018 - 2021
S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar : 2021 - 2024

RIWAYAT HIDUP



I. Identitas Pribadi

Nama : Jeane Marlen Malawau
Tempat/ Tanggal Lahir : Tangerang, 09 Juli 2003
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jl Waimeteng Darat Piru

II. Identitas Orang Tua

Nama Ayah/Ibu : Soleman Malawau / Defi Sapittri
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : PNS / PNS
Alamat : Jl Waimeteng Darat Piru

III. Pendidikan yang Telah Ditempuh

TK Dharma Wanita Piru : 2007 - 2009
SD Negeri 3 Piru : 2009 - 2015
SMP Negeri 1 Seram Bagian Barat : 2015 - 2018
SMA Negeri 1 Seram Bagian Barat : 2018 - 2021
S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar : 2021 - 2024